

Autocuidado de pessoas com Insuficiência Cardíaca: a importância da telenfermagem na pandemia da COVID-19*


Micaelle Costa Gondim^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0003-1997-7308>

Ricardo Costa da Silva^{1,2,3}

 <https://orcid.org/0000-0002-1355-5262>

Ana Karoline Barbosa da Silva¹

 <https://orcid.org/0009-0007-0950-874X>


Flaviana Vely Mendonça Vieira¹

 <https://orcid.org/0000-0002-3085-9428>

Janaína Valadares Guimarães¹

 <https://orcid.org/0000-0003-1012-4405>

Karina Machado Siqueira¹

 <https://orcid.org/0000-0001-6161-3845>

Agueda Maria Ruiz Zimmer Cavalcante¹

 <https://orcid.org/0000-0003-3910-2162>

Destaques: (1) Diferentes barreiras comprometem a tomada de decisão de pessoas com IC. (2) Teorias de enfermagem podem direcionar atitudes coerentes de autocuidado. (3) Faz-se necessária a continuidade da assistência e rede de apoio após hospitalização. (4) O apoio emocional à pessoa com IC deve estar aliado ao tratamento convencional. (5) O vínculo através da telenfermagem proporciona desfechos positivos em saúde.

Objetivo: descrever fatores de influência da telenfermagem na tomada de decisão naturalista sobre o autocuidado de pessoas com insuficiência cardíaca durante a COVID-19. **Método:** estudo descritivo de abordagem qualitativa, com 16 participantes entrevistados após hospitalização pela descompensação da insuficiência cardíaca. Os dados foram coletados por tecnologia de áudio e vídeo e submetidos à análise de conteúdo, norteada pela Teoria de Situação Específica do Autocuidado da Insuficiência Cardíaca. **Resultados:** duas categorias temáticas emergiram da análise: *Autocuidado como processo de tomada de decisão* e *Fatores que influenciam a tomada de decisão*, as quais descrevem a telenfermagem como recurso de apoio à pessoa com insuficiência cardíaca, durante modificações de atendimento no período pandêmico. **Conclusão:** foi possível compreender a relação entre a telenfermagem e o estabelecimento de vínculo, de maneira a estimular a tomada de decisão naturalista pela pessoa com insuficiência cardíaca em seu cotidiano de forma coerente, impulsionando melhores resultados em saúde.

Descritores: Doença Crônica; Auto Gerenciamento; Pesquisa Qualitativa; Insuficiência Cardíaca; COVID-19; Telemonitoramento.





* A publicação deste artigo na Série Temática "Saúde digital: contribuições da enfermagem" se insere na atividade 2.2 do Termo de Referência 2 do Plano de Trabalho do Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Brasil. Artigo extraído da dissertação de mestrado "Autocuidado em pessoas com insuficiência cardíaca após rehospitalização", apresentada à Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem, Goiânia, GO, Brasil. O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) - Código de Financiamento 001, Brasil.

¹ Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem, Goiânia, GO, Brasil.

² Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

³ Universidade Estadual de Goiás, Ceres, GO, Brasil.

Como citar este artigo

Gondim MC, Silva RC, Silva AKB, Vieira FVM, Guimarães JV, Siqueira KM, et al. Self-care for people with heart failure: the importance of tele-nursing in the COVID-19 pandemic. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2024;32:e4227 [cited  ano  mês  dia]. Available from:  <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6975.4227>

Introdução

Dos diversos aspectos em que poderíamos analisar o contexto de crise sanitária mundial, temos como objeto de observação para este estudo as pessoas com insuficiência cardíaca (IC), haja vista que pertencem ao grupo das doenças crônicas, considerado como uma das condições de maior vulnerabilidade para o novo tipo de Coronavírus, o *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 – SARS-COV 2*, causador da doença COVID-19, em decorrência da síndrome respiratória aguda⁽¹⁾.

Como uma doença crônica, a IC resulta de importantes modificações fisiológicas, estruturais e funcionais, associada à presença de multimorbidades, elevadas taxas de rehospitalização⁽²⁾ e coexistência de múltiplos sintomas emocionais que contribuem significativamente para os eventos de descompensação cardiovascular⁽³⁾.

Entretanto, devido à pandemia da COVID-19, houve uma alteração importante nos atendimentos de saúde em um cenário mundial, tanto a nível ambulatorial quanto hospitalar, ocasionando redução no acompanhamento a essa população, e consequentemente, no número de internações hospitalares⁽⁴⁾.

No ano de 2020, foram mais de 114 mil internações pela IC em todo país, sendo 11.548 admissões (e readmissões) na região Centro-Oeste, local em que este estudo foi desenvolvido⁽⁵⁾. O número expressivo, contudo, obteve uma redução de 15% das internações em relação ao ano anterior⁽⁴⁾. Nesse sentido, a falta do acompanhamento pode influenciar na realização do autocuidado levando à descompensação cardíaca⁽⁶⁾.

A Teoria da Situação Específica do Autocuidado da IC instrumentaliza enfermeiros para uma assistência de enfermagem pautada no incentivo de mudanças importantes no estilo de vida, na percepção, monitoramento dos sintomas e no alcance de autonomia para realização do autocuidado por meio de um processo de tomada de decisão naturalista (TDN)⁽⁷⁻⁹⁾.

Pessoas com doenças crônicas apresentam demandas importantes no curso da doença e necessitam de ajustes na rotina para o autocuidado⁽¹⁰⁾. O vínculo compreende a responsabilização entre a equipe de saúde e o indivíduo na promoção da saúde, prevenção de agravos por meio de efetiva comunicação, construção de confiança e relações de afetividade⁽¹¹⁾.

Quando o vínculo é mantido, por exemplo, com o telemonitoramento, reforça-se o potencial dessa ferramenta tecnológica para prestar cuidados à distância, facilitar o acesso ao profissional de saúde, favorecer a prática clínica, o cuidado individualizado, o esclarecimento de dúvidas, medos e ansiosos, favorecendo o conhecimento de diferentes realidades das pessoas assistidas⁽¹²⁻¹³⁾.

Consideramos importante a abordagem do tema, pois, para além das particularidades que envolvem o enfrentamento da pandemia durante o período de restrições sociais, existem lacunas importantes na literatura sobre o autocuidado de pessoas com IC que sejam fundamentadas em teorias da prática que abordem limitações e barreiras encontradas no experienciar da doença. Através das experiências relatadas após hospitalização, a pesquisa buscou descrever os fatores de influência da telenfermagem na tomada de decisão naturalista para a realização do autocuidado de pessoas com IC durante a COVID-19.

Método

Delineamento do estudo

Estudo de abordagem qualitativa⁽¹⁴⁾, pautado na teoria de situação específica do autocuidado da insuficiência cardíaca, que traz como proposição teórica a influência do conhecimento, experiências, habilidade e compatibilidade com valores sobre o autocuidado de pessoas com IC⁽⁷⁾.

A elaboração e a execução da pesquisa foram norteadas pelas recomendações do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups*⁽¹⁵⁾, mediante *checklist* disponibilizado pela rede EQUATOR (<https://www.equator-network.org/>).

Cenário da pesquisa

O estudo foi realizado com pessoas vinculadas à instituição hospitalar pública terciária do Sistema Único de Saúde (SUS), que presta atendimento ambulatorial e de internação hospitalar em cardiologia, de uma capital da região centro-oeste do país. As entrevistas ocorreram após a hospitalização em decorrência da descompensação da doença, utilizando como estratégia a consulta por telenfermagem⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Período

As entrevistas foram realizadas entre novembro de 2020 e janeiro de 2021.

Participantes do estudo e critérios de seleção

Participaram do estudo pessoas com idade igual ou superior a 18 anos, diagnosticadas com IC, sendo a causa da hospitalização registrada em prontuário. Os participantes foram selecionados de amostragem por variedade de tipos,

definidos pelo critério da homogeneidade fundamental, cuja característica chave para a pesquisa era ter pelo menos uma readmissão hospitalar em até seis meses, por descompensação da IC⁽¹⁸⁾.

A busca dos pacientes foi feita pela listagem de internações mensais por especialidade de atendimento e motivo da internação de todos os que haviam sido readmitidos em até seis meses após a alta hospitalar.

Inicialmente foram selecionados 48 pacientes, desses, 22 não puderam ser contatados, pois estavam com registros desatualizados. A partir de uma busca ativa realizada por ligação telefônica, foram contatados 26 pacientes e realizadas nove exclusões: recusa na participação por debilidade física (2), óbito (1), não atender aos critérios de elegibilidade (1), não obter resposta em posterior contato telefônico (5). Um paciente foi considerado perda após o início da entrevista por queda na conexão da internet, sem sucesso numa nova conexão para continuidade da entrevista, mesmo após três tentativas, em dias alternados. Foram incluídos 16 participantes.

Os critérios de exclusão foram pessoas que apresentaram Acidente Vascular Cerebral (AVC) com sequelas cognitivas, gestantes, pacientes com IC de etiologia congênita, pacientes submetidos a cirurgia de grande porte três meses antes da coleta de dados, surdez e limitação cognitiva que dificultasse a comunicação.

Coleta de dados

Após estabelecida a relação de pacientes elegíveis para o estudo, foi enviada uma carta-convite por meio da plataforma de mensagens instantâneas *WhatsApp*® reforçando o objetivo do estudo, apresentação da pesquisadora e razões para desenvolvimento do estudo.

Em virtude da restrição social gerada pela pandemia da COVID-19, todos os contatos com os participantes ocorreram pelo aplicativo de mensagens do próprio paciente ou familiar, e via ligação telefônica. A coleta de dados foi realizada por uma pesquisadora enfermeira com formação e experiência na condução de estudos qualitativos, em um único momento, em data e horário indicados pelo participante. Foi esclarecido sobre a priorização da entrevista por meio de vídeo chamada, porém por escolha de alguns participantes (N=6), a entrevista foi realizada por ligação de áudio.

A leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi gravada na íntegra, assim como toda a entrevista após o aceite, com recurso do aparelho móvel e disponíveis pelo sistema operacional iOS para *iPhone*®. As entrevistas tiveram a duração média de 34 minutos (18 minutos – mínimo e 60 minutos – máxima).

O instrumento de coleta de dados consistiu de um roteiro semiestruturado que permitisse ao participante expressar sobre sua vivência com a doença, as medidas de autocuidado adotadas no dia a dia, as percepções sobre sintomas e condutas frente a sinais de descompensação, bem como informações que porventura tivessem recebido na internação sobre autocuidado.

As 5 questões foram elaboradas de acordo com a teoria que fundamenta o estudo⁽⁷⁻⁹⁾: 1) Você pode me falar como é viver com IC?; 2) Conte o que você tem feito no seu dia a dia para cuidar de si mesmo e da IC; 3) Quando você percebe que algo não está bem, quais atitudes que você toma que considera que possam colaborar para resolver o problema?; 4) O que você considera que pode ter contribuído para a ocorrência de mais de uma internação durante esse ano?; 5) Você tem algum exemplo de informações que recebeu de como cuidar melhor de si mesmo e de sua doença durante a internação?

Dados sociodemográficos e clínicos foram coletados dos prontuários e conferidos com os participantes no início da entrevista.

Após a coleta de dados devido ao período pandêmico, que gerou dificuldades de acesso ao serviço de saúde, muitas dúvidas e questionamentos foram suscitadas pelos participantes sobre as condutas adequadas no manejo da doença e questões inerentes ao serviço de saúde. Assim, devido ao compromisso ético da pesquisadora responsável pela coleta de dados, ao final da entrevista, foram fornecidas as informações solicitadas.

Análise dos dados

Realizou-se a técnica de análise de conteúdo, modalidade temática⁽¹⁹⁾. O procedimento analítico por trilhas foi ancorado no referencial teórico da Teoria da Situação Específica do Autocuidado na Insuficiência Cardíaca⁽⁶⁾. A análise de conteúdo consiste em um conjunto de técnicas e procedimentos sistemáticos para compreensão do conteúdo das entrevistas buscando inferir conhecimento relevante. A leitura flutuante da entrevista após transcrição foi seguida de uma leitura minuciosa com o estabelecimento das unidades de significado, subcategorias e, por fim, as categorias que representassem o refinamento dos resultados⁽¹⁹⁾.

A análise temática proposta foi alcançada na leitura em profundidade e, para garantir o princípio da plausibilidade dos dados coletados e na interpretação dos resultados da pesquisa, a análise foi realizada por duas pesquisadoras e os caminhos de identificação das categorias foram discutidos buscando-se consenso sobre os temas identificados⁽¹⁸⁾.

Para sistematizar o processo de análise e realizar o gerenciamento do material textual, os dados foram

processados com auxílio do *software* ATLAS.ti® versão 9.0. As falas transcritas em documento do *Microsoft Word* foram direcionadas para o *software* para a criação das unidades de sentidos ou códigos, encontrados em quantidade expressiva (N=370). O recurso tecnológico promoveu maior rigor científico no agrupamento dos códigos, formando as subcategorias, das quais emergiram os temas.

Durante o processo as subcategorias e os temas foram analisados à luz da Teoria de Situação Específica do Autocuidado da IC, a fim de identificar se eles representavam as dimensões descritas nos elementos autônomos e consultivos da teoria.

Os participantes foram identificados com o código P seguido do número elegido a ele por ordem da entrevista (P1, P2, P3, (...), P16).

Aspectos éticos

O estudo seguiu os preceitos éticos da pesquisa que envolve seres humanos, segundo a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pela Instituição participante sob número de parecer 4.161.021, CAEE Nº 10225519.8.0000.5078, versão 3.

Após as entrevistas, conforme compromisso ético da pesquisa, enviou-se aos participantes um folheto informativo, elaborado pelos pesquisadores sobre autocuidado na IC, baseado nas etapas da Teoria da Situação Específica do Autocuidado da IC e pressupostos da Teoria de Médio Alcance das Doenças Crônicas^(7-9,20).

Resultados

Conforme a caracterização dos participantes do estudo (N=16), a maioria foi do sexo masculino (N=13),

com idade entre 37 e 85 anos, especialmente acima de 65 anos (N=9), estado civil casado (N=10), com tempo de diagnóstico da doença maior do que 5 anos (N=12). A classificação da IC foi coletada da evolução médica registrada em prontuário. Foi predominante o registro do perfil clínico hemodinâmico com prevalência do Perfil B (N=10).

O perfil dos participantes refletiu elevado comprometimento cardíaco, com sintomatologia evidente e sinais de edema e congestão, além de comorbidades associadas, como a hipertensão arterial, alteração renal e/ou diabetes.

Considerando que o critério de inclusão do estudo foi ter sido submetido a mais de uma hospitalização, observou-se um número considerável de rehospitalizações no período analisado. As internações autodeclaradas variaram entre duas a oito internações, sendo que oito participantes relataram três internações durante o ano e cinco haviam sido submetidos a mais de quatro internações, em intervalo de seis meses.

Ficou evidente por meio dos relatos que a instituição hospitalar de fato é a referência para o tratamento da doença. Contudo, as mudanças nos atendimentos devido à pandemia e as consequências sofridas por essa população refletem as barreiras impostas pelo serviço de saúde.

A leitura em profundidade e a análise do material derivado das entrevistas geraram duas categorias temáticas que se aproximam do processo de tomada de decisão naturalista (TDN) para a realização do autocuidado⁽⁷⁻⁹⁾, ressaltando as barreiras e limitações identificadas nas falas, conforme exemplificado na Figura 1.

Na Figura 2, são apresentadas as categorias e os aspectos de análise.

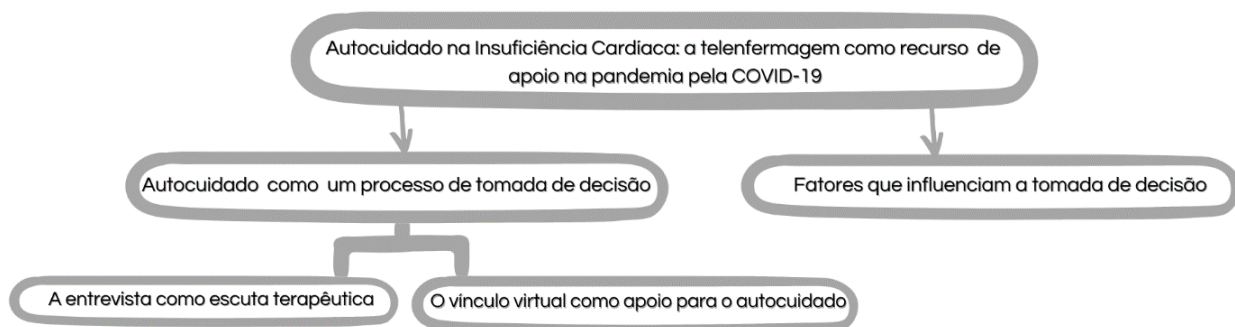


Figura 1 - Categorias e subcategorias da entrevista qualitativa do estudo "Autocuidado de pessoas com Insuficiência Cardíaca: a importância da telenfermagem na pandemia da COVID-19". Brasil, 2023

Categorias	Aspectos de análise
Autocuidado como um processo de tomada de decisão	Os participantes demonstraram baixos níveis de conhecimento e habilidades e pouco aprendizado através das experiências anteriores para a tomada de decisões de autocuidado. Foram expressas necessidades de maior suporte para atitudes coerentes e estabelecimento de vínculo com o profissional de saúde.

(continua na próxima página...)

(continuação...)

Categorias	Aspectos de análise
Fatores que influenciam a tomada de decisão	O autocuidado dos participantes é influenciado por fatores pessoais, como condições socioeconômicas, culturais, crenças fatalistas e outros; fator problema, como presença de comorbidades; e fatores ambientais, que são o apoio de familiares e profissionais para realização de autocuidado em seu ambiente domiciliar.

Figura 2 – Aspectos de análise das categorias *Autocuidado como processo de tomada de decisão* e *Fatores que influenciam a tomada de decisão*. Brasil, 2023

Autocuidado como processo de tomada de decisão

Nesta categoria estão os aspectos que influenciam as decisões de autocuidado no dia a dia dos participantes; conhecimento, experiência, habilidade e valores⁽⁷⁻⁹⁾. Todos esses aspectos foram identificados de forma bastante deficiente e em níveis muito abaixo do esperado, dado ao tempo de diagnóstico relatado. Dessa categoria surgiram duas subcategorias: *A entrevista como escuta terapêutica* e *O vínculo virtual como apoio para o autocuidado*.

Na subcategoria *A entrevista como escuta terapêutica* destacam-se estratos de fala que evidenciam a relevância do momento da entrevista por meio de relatos de problemas familiares, expressão dos sentimentos presentes na vivência com a IC, como sentimento de impotência, expressão da fé, preocupações e angústias:

[...] gostava de trabalhar [...] sinto muita falta (emocionado) [...] sou muito católico também, e isso me ajuda muito [...] (P1).

[...] minha esposa faleceu tem pouco tempo e nós temos uma criança de três anos, está muito difícil, porque não posso trabalhar [...] tenho muitos problemas ainda (emocionado) [...] (P9).

[...] a minha vida tem sido muito difícil para mim, muito angustiante [...] eu procuro o jeito de rir, viver as coisas na graça, por que eu vivo com Deus [...] fica tão doendo, fica tão ruim, sabe? É muito difícil, é muito difícil, eu não sei nem o que eu faço sinceramente [...] eu pensava em controlar com alimento, né? [...] (P11).

[...] mas esse ano mesmo foi o pior ano da minha vida, de janeiro para cá [...] eu fui internado 6 vezes (P12).

[...] Quando o coração falha eu não faço nada, aí passa, aí eu ando, tento esquecer aquilo [...] o médico falou pra mim que um pouco é da cabeça, porque eu fico incutido com isso, então tento esquecer [...] (P4).

É cansativo demais. E você fica preocupado que você não sabe se você tá fazendo a coisa certa ou tá fazendo a coisa errada [...] (P13).

Trechos de fala foram destacados na subcategoria *O vínculo virtual como apoio para o autocuidado*, os quais expressam solicitações de ajuda quanto a questões inerentes à doença e/ou procedimentos burocráticos pontuais. Percebeu-se, durante a entrevista, necessidades importantes de ajustes para controle da doença, que são imprescindíveis, e a falta de profissional que pudesse fornecer tal suporte. Observa-se que a coleta de dados

alcançou a configuração de consulta de enfermagem e repercutiu as deficiências do período de internação para o aprendizado das pessoas com IC. Ademais, nota-se a relevância da telenfermagem no acompanhamento dos pacientes em ambiente domiciliar:

[...] é verdadeiro ou eles tão enganando a gente (referindo-se aos valores da Pressão Arterial do aparelho portátil)? (...) Mas, é difícil. Eu queria ganhar ele (referindo-se à medicação). Como é que eu faço pra mim ganhar ele? (P8).

Eu queria procurar assim se tem perigo de conforme a hora eu cair e morrer uma hora dessas, eu cair e eu morrer por causa dessa doença (P10).

Eu vou agendar seu telefone direitinho, e se eu tiver alguma dúvida, eu posso te perguntar? (P12).

[...] agora no sentido do coração quando eu passo mal [...] eu vou mesmo para o hospital [...] eu nem mexo com o diurético que eu já sei que não adianta, só no hospital [...] você sabe como me ajudar a conseguir laudo médico pra eu aposentar? (P13).

[...] minha esposa também tem problema do coração, tem dias a pressão dela está muito alta você pode falar com ela? (passando telefone para a esposa) (P15).

Fatores que influenciam a tomada de decisão

Os estratos de fala da categoria *Fatores que influenciam a tomada de decisão* representam os fatores ressaltados na teoria de situação específica do autocuidado da IC⁽⁸⁾: fatores pessoais, como as condições socioeconômicas, culturais, espirituais, letramento em saúde, presença de crenças fatalistas; fator problema, como a presença de mais de uma comorbidade, relatada por quase a totalidade dos participantes do estudo (N=13); e fatores ambientais, que estão relacionados ao apoio recebido, tanto de profissionais quanto familiares, para realização do autocuidado em seu ambiente familiar. Compreende também o suporte emocional para modular o estresse presente no gerenciamento da doença e na maneira como a pessoa lida com as emoções:

[...] eu não estava passando bem, entendeu? Aí ela não deu muito moral pra mim (médica) [...] a emergência estava lotada, não tinha vaga [...] com essa pandemia me pediram para ficar em casa, mas aqui em casa eu estava passando muito mal (P5).

[...] tem dias que eu não durmo, passo a noite toda orando [...] eu fico muito mal, fico muito mal mesmo, só a cama pra

melhorar. Eu fico um dia, dois, três, até quatro dias fico deitado pra melhorar (P7).

[...] hoje eu faço quase nada em pé, tem que fazer tudo sentada [...] eu cuido de mim mesma [...] (P8).

A minha esposa que lembra dos remédios, eu não dou conta (P10).

[...] eu passo mal à noite, às vezes, eu ligo para ele (médico), ou minha mulher, e ele orienta. Ele é um anjo de Deus para mim [...] eu também tenho muita fé nos remédios caseiros (P12).

Tem os programas (cita nome do hospital), mas por causa da pandemia eles foram suspensos. Eu estou esperando eles voltarem, como a reabilitação cardiovascular [...] vocês me deram uma atenção muito legal [...] (P13).

Quando eu era do programa (participava de outro estudo desenvolvido no hospital), eu ligava pra secretária (do médico) agora não sou mais, eu não ligo mais [...] minha filha é enfermeira, então mesmo que eu não acho que não tem que ir, ela me faz ir (para hospital) (P16).

Discussão

Percebe-se, pelos estratos de fala dos participantes, um acompanhamento ambulatorial pouco expressivo, voltado especialmente ao pronto-atendimento em situações de maior complexidade. Os depoimentos convergem para o abandono principalmente das atividades físicas, realizadas no ambulatório de fisioterapia da instituição e/ou de forma espontânea em áreas públicas de lazer, dificuldades de atendimento devido à lotação das unidades de emergência, demora nas consultas de retorno pós alta e no ambulatório de cardiologia.

Quando questionados, a maioria dos participantes não tinha contato com profissionais de saúde para sanar dúvidas e orientar condutas do dia a dia, nem tampouco recebido orientação de como cuidar melhor de si durante a hospitalização. Quando as orientações eram realizadas, elas estavam mais relacionadas à rotina do serviço de nutrição oferecido a todos os pacientes, sem individualização das necessidades. Entretanto, mediante relatos de gratidão pela assistência recebida e a relação com a equipe de saúde, a presença do profissional médico foi enfatizada, sendo o enfermeiro – assim como outros profissionais da equipe multiprofissional – pouco evidenciado nas falas.

Um estudo multicêntrico testou programas de gestão da IC em instituições públicas e privadas no Brasil e alertou quanto à lacuna na educação ao paciente e cuidador, e à subutilização de monitoramento do paciente (visitas domiciliares e/ou telemonitoramento) em ambos tipos de serviços⁽²¹⁾. A baixa eficácia das informações fornecidas para redução de resultados negativos no tratamento da IC

foi relacionada tanto ao tratamento farmacológico como ao não farmacológico.

São evidentes, também, lacunas de conhecimento acerca da patologia, do processo da doença, bem como das medidas não farmacológicas importantes na adoção de comportamentos de autocuidado que favoreçam melhor a qualidade de vida. Quando existentes, percebem-se relatos incipientes de tentativas de atitudes de autocuidado como controle do sódio, redução de ingestão de líquidos, realização de atividades físicas frequentes e monitoramento dos sintomas de descompensação. O tratamento farmacológico foi o mais comumente mencionado, porém com falhas na adesão.

Muitos participantes relataram dúvidas acerca de ajustes na alimentação e medicação e na busca por respostas acerca do estado clínico para sanar medos e inquietações. Outros expressaram dúvidas sobre procedimentos burocráticos na instituição hospitalar de referência, demonstrando desejo de maior vínculo com os profissionais.

Na vigência de doenças crônicas, o autocuidado é essencial para a manutenção da saúde, requerendo um conjunto de comportamentos que levam à promoção da saúde e gestão da doença⁽²⁰⁾. Diretrizes da IC enfatizam a importância da educação na adesão ao tratamento pelo paciente, nas mudanças do estilo de vida, no monitoramento dos sintomas e na resposta adequada a possíveis sinais de descompensação da doença^(2,22).

A Teoria da Situação Específica do Autocuidado da IC define o autocuidado como um processo de tomada de decisão naturalista, sendo dividido em etapas lineares a serem percorridas pela pessoa com IC: 1) Manutenção do autocuidado, o qual envolve ajustes no estilo de vida, 2) A percepção dos sintomas, incluso nessa etapa o monitoramento e processo de leitura corporal, e 3) O gerenciamento ou manejo do autocuidado, com aquisição de habilidades e adoção de condutas na vigência de alterações⁽⁷⁻⁹⁾.

Cada etapa envolve elementos consultivos, onde a pessoa recebe ajuda e apoio acerca do que fazer e desenvolve autonomia a partir da aquisição de conhecimento e confiança para cuidar de si⁽⁷⁻⁹⁾. À luz da teoria de situação específica do autocuidado da IC, as pessoas tomam decisões de forma automática, incompleta, contextual e raramente seguem um modelo. Entretanto, tais decisões podem ser influenciadas por diversos fatores, como: apoio emocional, suporte recebido, experiência, conhecimento, culturais, valores, entre outros⁽⁹⁾.

Deve ser considerado, ainda, o importante papel do cuidador informal, como o suporte profissional que possibilita a continuidade do cuidado e evita rehospitalizações como única forma de resolução do problema⁽²³⁻²⁶⁾.

A partir da pandemia da COVID-19, a teleconsulta de enfermagem foi regulamentada pela resolução COFEN nº 634/2020, a qual "autoriza e normatiza a teleconsulta de enfermagem mediante consultas, esclarecimentos, encaminhamentos e orientações com uso de meios tecnológicos"⁽²⁷⁾. Logo, enfermeiros devem usar seus conhecimentos, habilidades e demais recursos disponíveis para atender às pessoas de forma mais abrangente e efetiva⁽²⁸⁻²⁹⁾.

O autocuidado envolve múltiplos fatores que são suscetíveis de intervenção. É um processo passível de influências que pode favorecer melhores escolhas e resultar em melhores desfechos⁽³⁰⁾. Desde a década de 80, a pesquisa sobre a tomada de decisão naturalista busca respostas sobre como as pessoas tomam decisões no mundo real⁽³¹⁾.

O número restrito de relatos, em nosso estudo, sobre informações recebidas durante a internação e o pouco conhecimento sobre os fatores que influenciam na descompensação da doença dificultam o processo de realização do autocuidado e tomada de decisão. Os participantes não demonstram estarem preparados para a tomada de decisão necessária em situações de descompensação.

Segundo a teoria de TDN, as pessoas fazem escolhas a partir de componentes racionais e/ou intuitivos, assim, ao realizar suas escolhas, raramente as fazem de forma analítica e sistemática. Ou seja, pessoas tomam decisões por diversos motivos, mas existe um consenso de que as experiências vivenciadas desencadeiam escolhas rápidas diante de situações críticas de modo que se comprometam com um curso de ação, sem necessariamente comparar as demais alternativas existentes⁽³¹⁻³²⁾.

Em muitas entrevistas, percebeu-se a expressão de desabafos de experiências ao se receber o diagnóstico, a menção aos valores pessoais, o impacto das mudanças no estilo de vida, a falta de motivação para cuidar de si, relatos de situações traumáticas e que influenciam na adesão ao tratamento e na aquisição de autonomia para o manejo do autocuidado. Evidências essas que dizem da necessidade dos participantes em serem ouvidos em suas angústias e anseios.

Os participantes do estudo parecem possuir conhecimento insuficiente, mesmo com tempo considerável de diagnóstico; quando o possuem, poucos relatam segurança para adoção de atitudes coerentes. Exemplo disso é a negativa quanto à autonomia para ingestão de diurético a mais na vigência de edema.

Segundo os conceitos descritos na teoria de médio alcance do autocuidado das doenças crônicas, a motivação pode ser intrínseca e extrínseca, sendo que a primeira surge do desejo de aprender e executar tarefas que geram

prazer ou satisfação, e a extrínseca surge da compreensão da necessidade de melhora da saúde, ou, ainda, visando a agradar outras pessoas, como familiares⁽²⁰⁾.

Muitos comportamentos de autocuidado que surgem da motivação extrínseca evoluem para a motivação intrínseca, configurando-se num estilo de vida prazeroso para a pessoa e com maiores chances de sucesso⁽²⁰⁾. Tal explicação se relaciona com o entendimento da tomada de decisão a partir de combinações de padrões apreendidos, fator puramente intuitivo. Caso a pessoa realize uma correspondência clara sobre suas escolhas e os resultados obtidos, poderá realizar ações mais coerentes com sua condição de saúde e necessidades, envolvendo escolhas mais assertivas a partir do raciocínio frente às diferentes situações existentes^(31,33).

As crenças e valores culturais também ficaram bastante evidenciados, como o alto nível de dependência do cônjuge, influências da religiosidade, crenças populares em medicações caseiras e demais condutas que podem ser preocupantes, contradizendo recomendações baseadas em evidências científicas.

Devido à falta de acompanhamento, ficou evidente a sobrecarga emocional dos participantes deste estudo. As necessidades explícitas ou subentendidas em muitos momentos de fala refletem a carência em se ter alguém que tivesse, de fato, interesse por ouvir seus depoimentos, histórias de vida e do cotidiano, frustrações, dificuldades, angústias, anseios, ou, ainda, alguém que pudesse fornecer um suporte psicológico no enfrentamento da doença.

Condições psicológicas podem contribuir de forma mais negativa para a piora da doença em comparação às causas fisiológicas, devido ao impacto na vida das pessoas, ao acompanhamento ausente dessa abordagem e/ou gestão inadequada dos sintomas⁽³⁴⁾.

Nesse sentido, o pesquisador ocupa um lugar importante nas relações humanas, de compreensão subjetiva da experiência do outro, independentemente das informações fazerem sentido para o próprio pesquisador⁽³⁵⁾. Na pesquisa qualitativa, o participante e o pesquisador são partes interligadas na investigação, em que a compreensão do fenômeno depende de um movimento empático, sensível e singular⁽¹⁴⁾. Os significados das conversas depende do contexto em que elas ocorrem⁽¹⁵⁾.

Atribuímos a profundidade dos temas que surgiram durante a entrevista à abordagem qualitativa que, embora tenha sido utilizada em um roteiro de entrevista com questões semiestruturadas, permitiu esse momento de empatia com a pesquisadora, escuta terapêutica e ambiente propício para que os participantes expusessem sua realidade e sentimentos.

A escuta terapêutica é compreendida como uma estratégia essencial para entendimento do outro, capaz de

definir uma ordem de prioridade de assistência a partir das necessidades individuais expressas pelas pessoas, sendo capaz de proporcionar aos profissionais de saúde maneiras de melhorar o desempenho das pessoas em suas tomadas de decisão^(31,36).

O estudo fenomenológico sobre o distanciamento social durante a pandemia ressalta que a impossibilidade de interagir presencialmente exerceu impacto profundo nas relações sociais⁽³⁷⁾, ao passo que "a interação com outra pessoa pode nutrir uma sensação de conforto e esperança ou, pelo contrário, uma sensação de desconforto e vulnerabilidade"⁽³⁷⁾. É preciso considerar o contexto das interações interpessoais compartilhado pelo outro e o "estar no mundo" já existente da outra pessoa, em que somos convidados a participar, possibilitando a profundidade de interpretação e o processo de ajuda.

Ainda muito desconhecidas, essas experiências virtuais devem ser analisadas a fim de trazer maior clareza das dimensões desse novo tempo, na expectativa de trazer respostas positivas acerca de uma nova maneira de prestar assistência ao outro. Nossos dados fortalecem, ainda, a compreensão sobre a necessidade de intervenções abrangentes e uma assistência de enfermagem mais acessível às pessoas em seu ambiente domiciliar.

A confiança, mencionada anteriormente como elemento fundamental para o manejo do autocuidado, reflete a autoeficácia das pessoas, ou seja, a capacidade de tomada de decisão coerente mesmo na vigência de barreiras e dificuldades, não fazendo parte do autocuidado em si, mas sendo imprescindível em todas as etapas⁽⁷⁻⁹⁾. Fica evidente a necessidade de apoio e estímulo para com os participantes do estudo.

A análise das entrevistas leva-nos a perceber que, na vigência de algum evento inesperado (extrínseco; como a pandemia ou outra situação estressante do cotidiano, ou intrínseco; como na descompensação da IC e exacerbação de sintomas), é importante que a pessoa seja capaz de realizar o processo de tomada de decisão para o autocuidado, nesse sentido, a telenfermagem pode ser um recurso colaborativo na gestão desses eventos, no fortalecimento de vínculo estabelecido previamente, ou na possibilidade de estabelecer esse vínculo em período pós-hospitalização. Para representar essa interrelação, foi elaborado um diagrama, representado na Figura 3.

Na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), o vínculo "consiste na construção de relações de afetividade e de confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico"⁽³⁸⁾.



Figura 3 - Diagrama representativo da relação entre o vínculo com as pessoas com IC, a influência da telenfermagem e o processo de tomada de decisão naturalista para o autocuidado em situações de eventos inesperados. Brasil, 2023

Por meio da telenfermagem, o estabelecimento do vínculo pode ser iniciado na aquisição de informações que possibilitem intervenções mesmo à distância, orientações de estilo de vida e esclarecimento de dúvidas, de modo a prevenir a readmissão precoce⁽³⁹⁾.

A afirmação verificada em um estudo realizado por enfermeiras capacitadas em tele-coach, na Alemanha, que atendeu pessoas com IC no período pós-alta durante a pandemia da COVID-19, demonstrou que o grupo acompanhado por telemonitoramento reconheceu os sintomas de descompensação da doença e apreendeu o momento de procura da assistência médica, evitando situações de maior gravidade⁽⁴⁰⁾.

Em nosso estudo, de forma semelhante, a telenfermagem representou uma ferramenta importante nesse contexto de crise sanitária mundial, ao promover empatia, respeito, escuta ativa e um cuidado terapêutico individualizado e integral aos pacientes com IC.

O estudo contribui para o avanço da ciência ao demonstrar que a utilização da telenfermagem é capaz de ultrapassar barreiras importantes impostas entre pessoas com IC e os serviços de saúde. Contudo, o uso de teorias da prática pode instrumentalizar e direcionar a assistência dos enfermeiros e demais membros da equipe de saúde na elucidação de dúvidas e no apoio ao alcance das etapas do autocuidado. Mais estudos de abordagem qualitativa são necessários para promover novas evidências dessas relações.

Este estudo teve como limitações a diversidade dos fatores sociodemográficos e clínicos dos participantes e as dificuldades apresentadas por alguns participantes no

uso de recursos eletrônicos de comunicação, em especial das mídias de vídeo.

Conclusão

O estudo mostrou, à luz da Teoria da Situação Específica do Autocuidado da Insuficiência Cardíaca e da Teoria de Médio Alcance do Autocuidado de Doenças Crônicas, a existência de lacunas importantes que comprometem a tomada de decisão de pessoas com IC, as quais impactam significativamente na aquisição de habilidades para o gerenciamento adequado do autocuidado.

Ao se considerar o período pandêmico, essa população sofreu consequências negativas da falta do acompanhamento necessário para a gestão da doença. Em vista disso, a telenfermagem é um recurso importante para estabelecimento de vínculo com o paciente após período de hospitalização.

A presença do enfermeiro foi pouco percebida pelos relatos, trazendo um alerta sobre a falta da presença ativa do profissional enquanto educador, o que resulta na deficiência do conhecimento e na compreensão dessas pessoas no contexto dos serviços de saúde. Essa percepção ficou clara nas solicitações realizadas pelos participantes do estudo com as dúvidas apresentadas e valorização desse momento de entrevista.

Ficou evidente a necessidade de continuidade da assistência e estabelecimento de uma rede de apoio à pessoa após a hospitalização. A entrevista configurou-se em um momento terapêutico integrante da telenfermagem, haja vista as barreiras impostas pela pandemia da COVID-19.

Além disso, ressaltou-se a importância do apoio emocional à pessoa com IC, aliada ao tratamento convencional, visando ao melhor enfrentamento da doença. Entretanto, é necessária uma reflexão sobre o quão efetivo é o acompanhamento dessa população em todos os contextos, mesmo fora da ótica do período pandêmico.

Referências

- Bader F, Mania Y, Atallah B, Starling RC. Heart failure and COVID-19. *Heart Fail Rev.* 2021;144(26):110. <https://doi.org/10.1007/s10741-020-10008-2>
- Rohde LEP, Montera MW, Bocchi EA, Clausell NO, Albuquerque DC, Rassi S, et al. Diretriz brasileira de insuficiência cardíaca crônica e aguda. *Arq Bras Cardiol.* 2018;111(3):436-539. <https://doi.org/10.5935/abc.20180190>
- Harris KM, Jacoby DL, Lampert R, Soucier RJ, Matthew BM. Psychological Stress in Heart Failure: A Potentially Actionable Disease Modifier. *Heart Fail Rev.* 2021;26(3):561-75. <https://doi.org/10.1007/s10741-020-10056-8>
- Manzanares RG, Rodríguez CP, Fernández IG, Domínguez JCC, Sánchez MA. Hospitalización por insuficiencia cardíaca durante la pandemia de COVID-19. *Semergen.* 2020;46 (S1):98-9. <https://doi.org/10.1016/j.semereg.2020.06.004>
- Ministério da Saúde (BR). Morbidade Hospitalar do SUS – por local de internação – Brasil [Homepage]. Brasília: MS; c2024 [cited 2023 Aug 21]. Available from. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/niuf.def>
- Jaarsma T, Hill L, Bayes-Genis A, La Rocca HPB, Castiello T, Čelutkienė J, et al. Self-care of heart failure patients: practical management recommendations from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *Eur J Heart Fail.* 2021;23(1):157-74. <https://doi.org/10.1002/ejhf.2008>
- Riegel B, Dickson VV. A Situation-Specific Theory of Heart Failure Self-care. *J Cardiovasc Nurs.* 2008;23(3):190-6. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000244>
- Riegel B, Dickson VV, Faulkner KM. The situation-specific theory of heart failure self-care revised and updated. *J Cardiovasc Nurs.* 2016;31(3):226-35. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000244>
- Riegel B, Dickson VV, Velone E. The situation specific theory of heart failure -an update on the problem, person, and environmental factors influencing heart failure self-care. *J Cardiovasc Nurs.* 2022;37(6):515-29. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000919>
- Werner NE, Tong M, Borkenhagen A, Holden RJ. Performance-Shaping Factors Affecting Older Adults' Hospital-to-Home Transition Success: A Systems Approach. *Gerontologist.* 2019;59(2):303-14. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx199>
- Costa MFBNA, Sichieri K, Poveda VB, Baptista CMC, Aguado PC. Transitional care from hospital to home for older people: implementation of best practices. *Rev Bras Enferm.* 2020;73 (Suppl3):e20200187. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0187>
- Haynes SC, Tancredi DJ, Tong K, Hoch JS, Ong MK, Ganiats TG, et al. The Effect of Rehospitalization and Emergency Department Visits on Subsequent Adherence to Weight Telemonitoring. *J Cardiovasc Nurs.* 2021;36(5):482-8. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000689>
- Mizukawa M, Moriyama M, Yamamoto H, Rahman M, Naka M, Kitagawa T, et al. Nurse-led collaborative management using telemonitoring improves quality of life and prevention of rehospitalization in patients with heart failure a pilot study. *Int Heart J.* 2019;60(6):1293-302. <https://doi.org/10.1536/ihj.19-313>

14. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. *Cien Saude Colet*. 2007;12(4):1087-8. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000400030>
15. Souza VRS, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist. *Acta Paul Enferm*. 2021;34:eAPE02631. <https://doi.org/10.37689/actaape/2021AO02631>
16. Fronczek AE. Nursing Theory in Virtual Care. *Nurs Sci Q*. 2019;32(1):35-8. <https://doi.org/10.1177/0894318418807926>
17. Ding H, Jayasena R, Chen SH, Maiorana A, Dowling A, Layland J, et al. The Effects of Telemonitoring on Patient Compliance With Self-Management Recommendations and Outcomes of the Innovative Telemonitoring Enhanced Care Program for Chronic Heart Failure: Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res*. 2020;22(7):e17559. <https://doi.org/10.2196/17559>
18. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes; 2013.
19. Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.
20. Riegel B, Jaarsma T, Strömberg A. A middle-range theory of self-care of chronic illness. *Adv Nurs Sci*. 2012;35(3):194-204. <https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e318261b1ba>
21. Bocchi EA, Moreira HT, Nakamuta JS, Simões MV, Las Casas AA, Costa AR, et al. Implications for clinical practice from a multicenter survey of heart failure management centers. *Clinics*. 2021;76:e1991. <https://doi.org/10.6061/clinics/2021/e1991>
22. Heidenreich PA, Bozkurt B, Aguilar D, Allen LA, Byun JJ, Colvin MM, et al. 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2022;145(18):e895-e1032. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001063>
23. Lee CS, Freedland KE, Jaarsma T, Stromberg A, Vellone E, Page SD, et al. Patterns of self-care decision-making and associated factors: A cross-sectional observational study. *Int J Nurs Studies*. 2023;150(2024):104665. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104665>
24. Sousa JP, Santos M. Symptom Management and Hospital Readmission in Heart Failure Patients: A Qualitative Study From Portugal. *Crit Care Nurs Q*. 2019;42(1):81-8. <https://doi.org/10.1097/cnq.0000000000000241>
25. Jeremias T, Gomes B, Rosa C, Lavareda S. Transitional care to caregivers of dependent older people: an integrative literature review. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(Suppl 3):1-9. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0394>
26. DeVore AD, Granger BB, Fonarow GC, Al-Khalidi HR, Albert NM, Lewis EF, et al. Effect of a Hospital and Postdischarge Quality Improvement Intervention on Clinical Outcomes and Quality of Care for Patients With Heart Failure With Reduced Ejection Fraction: The CONNECT-HF Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2021;326(4):314-23. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.8844>
27. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN no 634/2020. Autoriza e normatiza, "ad referendum" do Plenário do Cofen, a teleconsulta de enfermagem como forma de combate à pandemia provocada pelo novo coronavírus (Sars-Cov-2), mediante consultas, esclarecimentos, encaminhamentos e orientações com uso de meios tecnológicos, e dá outras providências [Internet]. Brasília: COFEN; 2020 [cited 2023 Aug 21]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-0634-2020_78344.html
28. Bůřilová P, Pokorná A, Bůřil J, Kantorová L, Slezáková S, Svobodová Z, et al. Identification of telehealth nursing approaches in the light of the COVID-19 pandemic-A literature review. *J Nurs Manag*. 2022;30(8):3996-4004. <https://doi.org/10.1111/jonm.13864>
29. Guedes HCS, Silva JNB Júnior, Januário DC, Trigueiro DRSG, Leadebal ODCP, Barreto AJR. Tecnologias da informação como apoio organizacional das ações de enfrentamento da COVID-19: discurso de enfermeiros. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2023;31e3855. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6202.3855>
30. Clements L, Frazier SK, Lennie TA, Chung ML, Moser DK. Improvement in Heart Failure Self-Care and Patient Readmissions with Caregiver Education: A Randomized Controlled Trial. *Western J Nurs Res*. 2023;45(5):402-15. <https://doi.org/10.1177/01939459221141296>
31. Klein G. Naturalistic decision making. *Hum Factors*. 2008;50(3):456-60. <https://doi.org/10.1518/001872008X288385>
32. Andreis FA Theoretical Approach to the Effective Decision-Making Process. *Open J Appl Sci*. 2020;10(06):287-304. <https://doi.org/10.4236/ojapps.2020.106022>
33. Müller-Staub M, de Graaf-Waar H, Paans W. An Internationally Consented Standard for Nursing Process-Clinical Decision Support Systems in Electronic Health Records. *Comput Inform Nurs*. 2016;34(11):493-502. <https://doi.org/10.1097/IN.0000000000000277>
34. Davis MCR, Dieckman NF, Hansen L, Gupta N, Hiatt S, Lee C, et al. Are Physical and Depressive Symptoms Different Between Women and Men With Heart Failure? An Exploration Using Two Analytic Techniques. *J Cardiovasc Nurs*. 2023. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000001036>
35. Benjumea CC. El Investigador Como Instrumento Flexible de la Indagación. *Int J Qual Methods*. 2003;2(4):25-38. <https://doi.org/10.1177/1609406903002004>

36. Ryan RE, Connolly M, Bradford NK, Henderson S, Herbert A, Schonfeld L, et al. Interventions for interpersonal communication about end of life care between health practitioners and affected people. *Cochrane Database Syst Rev.* 2022;7(7):CD013116. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013116.pub2>
37. Carel H, Ratcliffe M, Froese T. Reflecting on experiences of social distancing. *Lancet.* 2020;396(10244):87-8. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31485-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31485-9)
38. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [cited 2023 Aug 21]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
39. Berghetti L, Danielle MBA, Winter VDB, Petersen AG, Lorenzini E, Kolankiewicz ACB. Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas e sua relação com as características clínicas e sociodemográficas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2023;31:e4014. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6594.4015>
40. Knoll K, Leiter SM, Rosner S, Trenkwalder T, Erben A, Kloss C, et al. Impact of Tele-Coaching During the COVID-19 Pandemic on Risk-Reduction Behavior of Patients with Heart Failure. *Telemed J E Health.* 2022;28(6):823-31. <https://doi.org/0.1089/tmj.2021.0324>

Mendonça Vieira, Janaína Valadares Guimarães, Karina Machado Siqueira, Agueda Maria Ruiz Zimmer Cavalcante. **Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante:** Micaelle Costa Gondim, Ricardo Costa da Silva, Flaviana Vely Mendonça Vieira, Janaína Valadares Guimarães, Karina Machado Siqueira, Agueda Maria Ruiz Zimmer Cavalcante. **Outros (Revisão e adequação às normas da revista e submissão do artigo):** Ricardo Costa da Silva. **Outros (Busca de artigos científicos relacionados ao tema e revisão e adequação às normas da revista):** Ana Karoline Barbosa da Silva.

Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Micaelle Costa Gondim, Flaviana Vely Mendonça Vieira, Janaína Valadares Guimarães, Karina Machado Siqueira, Agueda Maria Ruiz Zimmer Cavalcante. **Obtenção de dados:** Micaelle Costa Gondim, Ana Karoline Barbosa da Silva. **Análise e interpretação dos dados:** Micaelle Costa Gondim, Ricardo Costa da Silva, Ana Karoline Barbosa da Silva, Flaviana Vely Mendonça Vieira, Janaína Valadares Guimarães, Karina Machado Siqueira, Agueda Maria Ruiz Zimmer Cavalcante. **Obtenção de financiamento:** Micaelle Costa Gondim, Ricardo Costa da Silva. **Redação do manuscrito:** Micaelle Costa Gondim, Ricardo Costa da Silva, Ana Karoline Barbosa da Silva, Flaviana Vely

Recebido: 21.08.2023

Aceito: 12.03.2024

Editora Associada:
Sueli Aparecida Frari Galera


Copyright © 2024 Revista Latino-Americana de Enfermagem
Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

Autor correspondente:

Agueda Maria Ruiz Zimmer Cavalcante

E-mail: aguedamrzc@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-3910-2162>