

Barreiras à Adesão em Programas de Reabilitação Cardíaca

Barriers to Adherence in Rehabilitation Cardiac Programs

Luana Ribeiro Paiva¹, Mariana dos Santos Rosa¹, Jordana Campos Martins de Oliveira², Watila Moura de Sousa³, Ana Cristina Silva Rebelo³, Luiz Fernando Martins de Souza Filho^{1,3} 

1. Faculdade Estácio de Sá de Goiás, Goiânia, GO - Brasil
2. Centro Universitário Araguaia, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO - Brasil
3. Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO - Brasil

Correspondência:

Luiz Fernando Martins de Souza Filho
Rua 1, lote 10, quadra A, Vila Santa Rita.
CEP 75120-683, Anápolis, GO - Brasil
luiz.martins.fh@gmail.com

Recebido em 16/08/2020

Aceito em 19/08/2020

DOI: <https://doi.org/10.29327/22487.26.3-9>

Resumo

A reabilitação cardíaca (RC) é a somatória de atividades necessárias que garante aos pacientes portadores de cardiopatias, melhores condições físicas e mentais, para possibilitar a reinserção destes indivíduos na comunidade. As barreiras são obstáculos no qual os pacientes encontram para adentrar a RC. Diante disso, o objetivo deste estudo é identificar na literatura fatores que interferem na adesão dos pacientes a RC no Brasil, através da Escala de Barreiras para Reabilitação Cardíaca. Para tanto, usou-se como metodologia a revisão integrativa de caráter descritivo, foram utilizados artigos científicos datados de 2009 a 2019 nos idiomas inglês e português pesquisados nas plataformas virtuais: Publisher Medline, Biblioteca Virtual em Saúde, Scientific Eletronic Library e Google Acadêmico. Concluímos que os fatores identificados como barreiras à adesão foram o desconhecimento dos benefícios da RC, problemas pessoais e familiares, conflitos de trabalho e dificuldade com transporte devido à distância do local de tratamento e custos relacionados.

Palavras-chave: Reabilitação Cardíaca; Fisioterapia; Adesão ao Tratamento; Barreiras ao Acesso aos Cuidados de Saúde; Cardiopatias.

Abstract

Cardiac rehabilitation (CR) is the sum of necessary activities that guarantees patients with heart disease, better physical and mental conditions, to enable the reinsertion of these individuals in the community. Barriers are obstacles in which patients encounter to enter CR. Therefore, the objective of this study is to identify in the literature factors that interfere in patients' adherence to CR in Brazil, through the Scale of Barriers to Cardiac Rehabilitation. To do so, the integrative descriptive review was used as a methodology, scientific articles dated from 2009 to 2019 were used in the English and Portuguese languages researched on the virtual platforms: Publisher Medline, Virtual Health Library, Scientific Eletronic Library and Google Scholar. We conclude that the factors identified as barriers were the lack of knowledge of the benefits of CR, personal and family problems, work conflicts and difficulties with transportation due to the distance from the treatment site and related costs.

Keywords: Cardiac Rehabilitation; Physiotherapy; Treatment Adherence; Barriers to Access of Health Services; Heart Diseases.

Introdução

As doenças cardiovasculares (DCV) se destacam como as principais causas de morbidade e mortalidade não só no Brasil como em todo o mundo. O Brasil possui um

total de 17 milhões de portadores de DCV, representando cerca de 69% dos gastos hospitalares no sistema único de saúde, tendo com grande frequência o alto número de internações em todo o país.¹⁻³

A doença arterial coronariana é responsável por sete milhões de mortes por ano em todo o mundo, acometendo tanto o sexo masculino quanto o feminino. Estudos, porém, demonstram um aumento de acometimento no gênero feminino.^{4,5} Além da doença arterial coronariana, a insuficiência cardíaca, doenças isquêmicas, hipertensão arterial e doenças cerebrovasculares têm sua incidência e prevalência crescente conforme o avanço da idade, contribuindo para o aumento de mortalidade.⁶⁻⁸

As DCV apresentam fatores de risco modificáveis como: a hipertensão arterial, obesidade, *diabetes mellitus*, níveis elevados de colesterol, tabagismo, estresse e sedentarismo; e não modificáveis como: hereditariedade, idade e sexo.^{9,10} As organizações de saúde consideram o sedentarismo como um grande fator de risco modificável.¹¹

A reabilitação cardíaca (RC) é definida pela organização mundial da saúde como sendo um mecanismo contínuo no desenvolvimento e manutenção, necessário para o indivíduo obter uma melhor condição física, mental e social e, assim, um retorno a suas atividades, de forma ativa e produtiva.¹²⁻¹⁴ É indispensável para prevenir o isolamento, depressão, ansiedade e dependência social, porém é importante a colaboração do paciente, familiares e profissionais no planejamento e cuidados.¹⁵

A RC possui quatro fases, sendo a primeira hospitalar, logo após o acontecimento cardíaco até a alta hospitalar, quando são realizados exercícios para reabilitação; a segunda fase ambulatorial, logo após a alta, na qual ocorre a continuidade da recuperação e adaptação com duração de seis a oito semanas; a terceira fase, na qual são realizados os exercícios mais intensos; e a quarta fase, que pode ser realizada na própria residência do paciente sem supervisão.^{16,17}

Os programas de reabilitação cardíaca (PRC) são formados por uma equipe multiprofissional, compreendendo uma abordagem individual com prescrição de exercícios físicos, de orientações nutricionais e psicossociais, tem como objetivo fazer com que os indivíduos sejam reinseridos na sociedade e, assim, ajudá-los na recuperação para que tenham uma melhora na qualidade de vida, além de reduzir as recorrências cardíacas e o número crescente de mortalidade.^{18,19} Entretanto, a adesão aos PRC apresenta-se como um possível obstáculo para a melhoria desses índices, pois se encontra em um contexto de exigências

e de reconstrução constantes no cotidiano da pessoa após evento cardíaco. A adesão de pacientes aos PRC é um desfecho importante para controlar os sintomas e o progresso de doenças. A não adesão pode levar à sua não-efetividade.²⁰⁻²²

Com o objetivo de avaliar as barreiras à adesão aos PRC, foi criada no Canadá a Escala de Barreira para Reabilitação Cardíaca (EBRC), validada em outros idiomas, para avaliação de fatores que podem estar ligados aos pacientes, profissionais de saúde e ao próprio sistema.²³

A EBRC foi validada no Brasil e possui 21 itens que são avaliados, sendo que esses itens se dividem em cinco domínios, cada um com relação a determinado tipo de barreira:

- 1 - comorbidades/estado funcional;
- 2 - necessidades percebidas;
- 3 - problemas pessoais/ familiares;
- 4 - viagem/conflitos de trabalho;
- 5 - acesso.

Os domínios 1 (com 7 itens); 2 (5 itens); 3 (3 itens); 4 (2 itens) e 5 (4 itens). Por fim, o item 22 é discursivo e relacionado a outros motivos, portanto não é pontuado.²⁴

Este estudo tem como objetivo identificar na literatura fatores que interferem na adesão dos pacientes à RC no Brasil através da EBRC.

Materiais e Método

Revisão integrativa de literatura, sobre os fatores que interferem na adesão dos pacientes à RC no Brasil. Foi realizado uma pesquisa bibliográfica de artigos indexados nas bases de dados eletrônicas: *Publisher Medline (Pubmed)*, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Scientific Eletronic Library (SCIELO)* e *Google Acadêmico*. Os descritores em língua portuguesa utilizados foram: reabilitação cardíaca, fisioterapia e adesão ao tratamento; e em língua inglesa foram: *cardiac rehabilitation*, *physiotherapy* e *treatment adherence*. Termo utilizado em combinação pelo operador: AND.

Os critérios de inclusão foram: (1) ensaios clínicos; (2) estudos publicados no período de 2009 a 2019; (3) disponíveis nos idiomas inglês e/ou, português; (4) abordarem os fatores que interferem na adesão dos pacientes na RC; e (5) estudos realizados com EBRC. E os critérios de exclusão: (1) estudos que não abordavam a RC e (2) estudos encontrados em duplicidade.

A partir da obtenção dos artigos, realizou-se a leitura dos títulos e resumos para avaliação quanto à elegibilidade. Em seguida, ocorreu a leitura dos textos selecionados, sendo realizada a análise dos estudos a partir da relevância quanto ao objetivo do estudo, de acordo com os critérios da pesquisa.

Resultados

Após a busca na literatura, foram encontrados cinco estudos que compõem os resultados desta revisão, abordando as barreiras à adesão aos PRC no Brasil. Para facilitar a organização e compreensão, foi elaborada a tabela 1, a qual traz os achados das pesquisas.

Tabela 1. Barreiras à adesão à reabilitação cardíaca

Autores	Objetivos	Delineamento/Amostra	Medidas de Avaliação	Resultados
Mair et al, 2013²⁵	> Identificar os principais fatores que influenciaram o participante do PRC a faltar em suas terapias e correlacioná-los a idade, risco cardiovascular e motivação da população	> Estudo retrospectivo transversal > 42 pacientes > Idade: 32 a 92 anos > Participantes do PRC em um hospital geral particular de São Paulo, SP - Brasil	> EBRC > Escala de Disposição	> Total da EBRC: 31±6 escore médio: 1,47±0,31 • Principais barreiras: viagem/conflito de trabalho e problemas pessoais/ familiares • Correlação positiva; faltas e os cancelamentos, com correlação para risco cardiovascular • Correlação negativa com a Escala de disposição inicial e idade
Barros et al, 2014²⁶	> Descrever e comparar as barreiras encontradas para a participação em PRC	> Estudo transversal > 100 indivíduos: 50 participantes de PRC e 50 não participantes > idades a partir 63,3±8 anos > Participantes de duas instituições públicas de saúde na região da grande Florianópolis, SC - Brasil	> EBRC	> Não participantes apresentaram mais barreiras que os participantes > Principais barreiras dos não participantes: • Comorbidades/estado funcional (p<0,001), • Necessidades percebidas (p<0,001) • Acesso (p<0,001)
Lima et al, 2016²⁷	> Avaliar o nível de conhecimento sobre a DAC, de acordo com a escolaridade e a percepção em relação às barreiras que afetam a participação e adesão dos usuários atendidos por um PRC	> Estudo transversal > 30 pacientes > Idades maiores de 18 anos > Participantes do PRC do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais em Belo Horizonte, MG - Brasil	> Questionário de Educação de DAC (CADE-Q) > EBRC	> No CADE-Q: • Participantes com escolaridade acima do ensino médio completo apresentaram 37 pontos de escore total médio do conhecimento (34,00 - 43,50) • Os usuários com escolaridade abaixo do ensino médio completo 27,50 pontos (18,75-33,50); p=0,004 > Na EBRC: • Pontuação média: 64,07±1,43 (61% do total) > Principais barreiras: • Relacionadas à família • Estado de saúde dos próprios pacientes • Dificuldades com transporte
Netto et al, 2016²⁴	> Verificar e comparar a aderência a um PRC baseado em domicílio e identificar as barreiras que interferem na adesão	> Ensaio clínico controlado > 11 pacientes com DAC, clinicamente estáveis (sem intercorrências nos últimos 3 meses), ambos os sexos > idade ≥ 35 anos encaminhados para fase 2 da RC > Divididos em dois grupos: convencional (GC) e baseado em domicílio (GD)	> EBRC	> Dos 11 pacientes, 5 foram alocados no GC e 6 no GD > Adesão superior no GD (106,3%), GC (86,1%) > Principais barreiras encontradas nos grupos: • Comorbidades/ estado funcional GC (p= 3,40 ± 1,50), GD (p= 4,17± 3,66) • Necessidades percebidas: GC (p= 4,20± 2,00), e GD (p= 3,83± 3,71)
Santos et al, 2017²⁸	> Identificar e descrever os motivos que levam a não inclusão de indivíduos cardiopatas em programas de RCV	> Estudo descritivo de corte transversal > 79 pacientes de ambos os sexos, > Idade superior a 50 anos > Cardiopatas de cinco clínicas particulares de cardiologia de Feira de Santana, BA - Brasil (não foram selecionados pacientes em ambiente hospitalar)	> EBRC	> Barreiras encontradas: • Não sabia da existência da RCV e de seus benefícios: 64 (81%) • Distância da residência até o centro de reabilitação: 50 (63%) • Custo com mobilidade urbana: 37 (47%) • Não indicação do médico por achar desnecessário: 32 (40%)

Legenda: programa de reabilitação cardíaca (PRC), escala de barreiras para reabilitação cardíaca (EBRC), doença arterial coronariana (DAC), reabilitação cardíaca (RC), reabilitação cardiovascular (RCV), questionário de educação de doença arterial coronariana (CADE-Q).

Discussão

As principais barreiras encontradas foram relacionadas à comorbidade/estado funcional; à distância do programa (longe para deslocamento); e necessidade percebida com custos como: combustível, estacionamento e/ou passagem de ônibus.^{24,26,28}

Uma das principais barreiras relatadas foi em relação ao acesso aos PRC, onde os pacientes não sabiam da existência da RCV ou seus benefícios, e a não indicação médica.^{26,28}

Outras barreiras à adesão citadas na literatura foram relacionadas a problemas pessoais e familiares,^{25,27} viagem e conflito de trabalho²⁵ e dificuldade com o transporte.²⁷

Poucos estudos relatam a pontuação de escore da EBRC, sendo de $1,47 \pm 0,31$ 25 e 64 ± 43 27, com grande variação dos índices. Assim, a não apresentação deste dado nos outros estudos inviabiliza a comparação.

Alguns trabalhos utilizaram escalas complementares à EBRC, sendo capazes de identificar motivos relacionados à adesão aos PRC, como o questionário de educação de DAC (CADE-Q) e a escala de disposição que verifica o estágio motivacional.^{25,27}

Lima et al. verificaram a relação do nível de escolaridade com o conhecimento sobre a DAC por meio do CADE-Q e identificaram que usuários com nível de escolaridade acima do ensino médio completo apresentaram níveis de conhecimento maiores sobre a DAC. A escolaridade se apresenta como uma barreira neste aspecto, dificultando mecanismos relacionados à auto-gestão de saúde, o que pode colaborar para a não procura de atendimento e não adesão à RC. O nível de escolaridade e o desempenho da CADE-Q apresentaram relação positiva com a EBRC. Os indivíduos com menor nível de escolaridade apresentam mais barreiras, as principais relacionadas à família, ao estado de saúde e às dificuldades com transporte. Porém, não foi descrito no estudo correlação entre o nível de escolaridade ou conhecimento e os tipos de barreiras à RC.²⁷

Para sanar a barreira educacional, medidas voltadas à educação em saúde e políticas públicas relacionadas à divulgação e encaminhamentos podem auxiliar a adesão dos pacientes à RC.²⁷

Mair et al. utilizaram a escala de disposição e a EBRC, em seus resultados as faltas e os cancelamentos,

apresentaram correlação positiva com o risco cardiovascular e negativas com escala de disposição inicial e idade. As barreiras encontradas à RC foram relacionadas às viagens, conflito de trabalho, problemas pessoais e familiares.²⁵

A alta adesão dos pacientes aos PRC é um desafio. Isso se deve ao baixo número de encaminhamentos feitos por profissionais ou por fatores de risco no qual o paciente pode apresentar como distúrbios emocionais e prejuízos cognitivos, além de limitações socioeconômicas.^{29,30}

Ao comparar os estudos, a maior parte apresenta em comum barreiras como distância do PRC e custos relacionados ao deslocamento.^{24,26,28}

Em comparação ao perfil do serviço, rede pública e privada apresentaram barreiras similares, comorbidade/estado funcional, distância do PRC e deslocamento. As idades dos pacientes nos estudos foi de 18 até 92 anos, demonstrando a divergência etária dos pacientes incluídos em PRC, e destacando-se a presença de indivíduos jovens que já apresentam DCV.²⁴⁻²⁸

A EBRC apresenta potencial para utilização clínica em PRC, podendo ser uma aliada que possibilite projetar medidas que diminuam as barreiras, melhorem a adesão nos PRC e contribua para a otimização do projeto terapêutico. A utilização de escalas complementares como a CADE-Q e a escala de disposição são úteis para complementar a compreensão das barreiras à RC.

A limitação para o embasamento teórico deste estudo foi a restrita literatura sobre o tema, modelo de busca não sistematizado, a não estratificação dos subgrupos de pacientes nos estudos abordados, e o fato de que nem todos os estudos trazem as fases da reabilitação, porcentagem, pontuação e resultados de escore médio e total na EBRC, limitando possíveis análises.

É indicada a realização de novos estudos, com amostragem estatística, em serviços de rede pública e privada, com maior período de acompanhamento a fim de avaliar as barreiras à adesão em PRC, para que seja possível a criação de estratégias voltadas a redução destas.

Conclusão

Os fatores identificados como barreiras à adesão dos pacientes ao PRC foram o desconhecimento dos benefícios da RC, problemas pessoais e familiares, conflitos de trabalho e dificuldade com transporte devido

à distância do local de tratamento e custos relacionados. É importante a intensificação e a disseminação de conhecimentos sobre a RC, além de investimentos do setor público e privado na criação e facilitação do acesso a centros de reabilitação, para otimizar adesão e resultados.

Potencial Conflito de Interesse

Os autores declaram não haver potenciais conflitos de interesse.

Fontes de Financiamento

O presente estudo não teve fontes de financiamento externas.

Referências:

- Carvalho T, Milani M, Ferraz AS, Silveira AD, Herdy AH, Hossri CAC, et al. Diretriz Brasileira de Reabilitação Cardiovascular - 2020. *Arq Bras Cardiol.* 2020; 114 (5): 943-87. <https://doi.org/10.36660/abc.20200407>.
- Ribeiro AG, Cotta RMM, Ribeiro SMR. A Promoção da Saúde e a Prevenção Integrada dos Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2012;17(1):7-17.
- Souza C, Santos RZ, Lineburger AA, Benetti M. Reabilitação cardiopulmonar e metabólica na atenção primária em saúde: é possível? *R. bras. Ci. E Mov.* 2015;23(1):164-171.
- Alves FMB, Miranda VCR, Pereira WMP, Cusmanich KG, Teodoro ECM. A atuação da fisioterapia na fase I da reabilitação cardíaca após infarto agudo de miocárdio. *Fisioterapia Brasil.* 2018; 19(3):400-413.
- Anjo D, Santos M, Rodrigues P, Brochado B, Sousa MJ, Barreira A. et al. Os benefícios da reabilitação cardíaca na doença coronária: uma questão de género? *Revista portuguesa de cardiologia.* 2014; 33(2):79-87.
- Mansur AP, Favarato D. Mortalidade por Doenças Cardiovasculares no Brasil e na Região Metropolitana de São Paulo: Atualização 2011. *Arq Bras Cardiol.* 2012;99(2):755-761.
- Neto OPA, Cunha CM, Clavo GD, Paulo BE, Teodoro L, Almeida VF, et al. Perfil clínico e socioeconômico de pacientes com insuficiência cardíaca. *Rev. Aten. Saúde.* 2016;14(50):26-33.
- Nogueira IDB, Servantes DM, Nogueira PAMT, Pelcman A, Salvetti XM, Salles F. et al. Correlação entre Qualidade de Vida e Capacidade Funcional na Insuficiência Cardíaca. *Arq Bras Cardiol.* 2009;95(2):238-243.
- Bernardo AFB, Rossi RC, Souza NM, Pastre CM, Vanderlei LCM. Associação entre atividade física e fatores de risco cardiovasculares em indivíduos de um programa de reabilitação cardíaca. *Rev. Bras. Med Esporte.* 2013;19(4):231-235.
- Percinato RM, Richards GL, Cintra FF, Roconletta AFT. Adesão ao tratamento de pacientes com fatores de risco cardiovascular em ambulatório da Zona Sul de São Paulo. *Rev. Sociedade Brasileira de Clínica Médica.* 2015;13(3):185- 189.
- Carvalho EEV, Scarpellini ES, Rosa ACM, Santos-Hiss MDB, Papa J, Crescêncio JC, et al. Perfil clínico e antropométrico de pacientes participantes de um programa de reabilitação cardiovascular e metabólica. *Revista EPeQ Fafibe.* 2011; 01(3):12-18.
- Deley G, Culas C, Blonde MC, Mourey F, Vergès B. Physical and Psychological Effectiveness of Cardiac Rehabilitation: Age Is Not a Limiting Factor! *Can J Cardiol.* 2019; 35(10): 1353-1358.
- Gomes MJ, Pagan LU, Okoshi MP. Tratamento Não Medicamentoso das Doenças Cardiovasculares | Importância do Exercício Físico. *Arq. Bras. Cardiol.* 2019;113(1):9-10.
- Muela HCS, Bassan R, Serra SM. Avaliação dos Benefícios Funcionais de um Programa de Reabilitação Cardíaca. *Rev Bras Cardiol.* 2011; 24(4):241-250.
- Lana LD, Camponogara S, Bottoli C, Cielo C, Rodrigues IL. Perfil de pacientes em reabilitação cardíaca: implicações para a enfermagem. *J. res. fundam. care.* Online. 2014;6(1): 344-356.
- Campos FVS, Porto LGG. Qualidade de vida e nível de atividade física de pacientes em fase ambulatorial da reabilitação cardíaca. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde.* 2009;14(2):86-95.
- Quirino CSP, Maranhão RVA, Giannini DT. Síndrome Metabólica em Pacientes Atendidos em Programa de Reabilitação Cardíaca. *Rev. Bras. Cardiol.* 2014;27(3):180-188.
- Berry JRS, Cunha AB. Avaliação dos Efeitos da Reabilitação Cardíaca em Pacientes Pós-Infarto do Miocárdio. *Rev. Bras. Cardiol.* 2010; 23(2):101-110.
- Petto J, Araújo PL, Garcia NL, Santos ACN, Gardenghi G. Fatores de Impedimento ao Encaminhamento para a Reabilitação Cardíaca Supervisionada. *Rev. Bras. Cardiol.* 2013; 26(5):364-368.
- Claes J, Filos D, Cornelissen V, Chouvarda I. Prediction of the Adherence to a Home-Based Cardiac Rehabilitation Program. *Conf Proc IEEE Eng Med Biol Soc.* 2019: 2470-2473.
- Saccomanni ICRS, Cintra FA, Gallani MCBJ. Factors associated with beliefs about adherence to non-pharmacological treatment of patients with heart failure. *Rev. Esc Enferm USP.* 2014;48(1):18- 24.
- Teel EF, Marshaall SW, Applebaum LG, Battaglini CL, Carneiro KA, Register-Mihalik JK, et al. A Randomized Controlled Trial Investigating the Feasibility and Adherence to an Aerobic Training Program in Healthy Individuals. *J Sport Rehabil.* 2019;28(7):692-698.
- Ghisi GLM, Santos RZ, Schweitzer V, Barros AL, Recchia TL, Oh P. Desenvolvimento e Validação da Versão em Português da Escala de Barreiras para Reabilitação Cardíaca. *Arq Bras Cardiol.* 2012; 98(4): 344-352.
- Netto AS, Araujo PB, Lima DP, Sties SW, Gonzáles AI, Aranha EE, et al. Análise da aderência em diferentes programas de reabilitação cardíaca: estudo preliminar. *Revista do Departamento de Educação Física e Saúde e do Mestrado em Promoção da Saúde.* 2016;17(2):140- 145.
- Mair V, Brenda AP, Nunes MEB, Matos LDNJ. Avaliação da aderência ao programa de reabilitação cardíaca em um hospital particular geral. *Einstein.* 2013;11(3):278-284.
- Barros AL, Santos RZ, Bonin CDB, Glisi GLM, Grace S, Benetti M. Diferentes Barreiras para Reabilitação Cardíaca. *Rev Bras Cardiol.* 2014;27(4):293- 298.
- Lima SC, Oliveira NF, Montemezzo D, Chaves GSS, Sévio TC, Brito RR. Conhecimento sobre doença arterial coronariana e barreiras para adesão à reabilitação cardíaca. *ASSOBRAFIR Ciência.* 2016;7(2):45- 56.
- Santos LSTA, Gomes E, Vilaronga J, Nunes W, Santos ACN, Almeida FOB. et al. Barreiras da reabilitação cardíaca em uma cidade do nordeste do Brasil. *Acta Fisiatr.* 2017;24(2):67-71.
- Júnior AAP, Gonzáles AI, Carvalho T. Como tornar a reabilitação cardiovascular mais pre-sente e efetiva? *Rev. Interdisciplin. Promoç. Saúde-RIPS.* 2018;1(1):59-65.
- Castro RA, Aliti GB, Linhares JC, Rabelo ER. Adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca em um hospital universitário. *Rev Gaúcha Enferm.* 2010;31(2):225-231.