

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

GERUZA MARIA DA SILVA GONÇALVES MANFREDINI

**PROTOCOLO MULTIPROFISSIONAL DE ALTA HOSPITALAR ÀS PESSOAS
COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA E FAMILIARES**

ALFENAS – MG
2020

GERUZA MARIA DA SILVA GONÇALVES MANFREDINI

**PROTOCOLO MULTIPROFISSIONAL DE ALTA HOSPITALAR ÀS PESSOAS
COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA E FAMILIARES**

Dissertação apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas. Linha de pesquisa: Gestão em Enfermagem e Educação

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Zélia Marilda Rodrigues Resck
Co-orientadora: Prof^ª Dr^ª Silvana Maria Coelho Leite Fava

ALFENAS – MG
2020

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal de Alfnas

Manfredini, Geruza Maria da Silva Gonçalves.
M276p Protocolo multiprofissional de alta hospitalar às pessoas com
insuficiência cardíaca e familiares / Geruza Maria da Silva Gonçalves
Manfredini. – Alfnas/MG, 2020.
176f. : il. --

Orientadora: Zélia Marilda Rodrigues Resck.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de
Alfnas, 2020.
Bibliografia.

1. Protocolos. 2. Equipe multiprofissional. 3. Insuficiência cardíaca. 4.
Cuidado transicional. I. Resck, Zélia Marilda Rodrigues. II. Título.

CDD-610.73

Protocolo multiprofissional de alta hospitalar às pessoas com insuficiência cardíaca e familiares

A Banca examinadora abaixo-assinada aprova a Dissertação apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração: Enfermagem.

Aprovada em: 19 de fevereiro de 2020

Profa. Dra. Zélia Marilda Rodrigues Resck
Instituição: Universidade Federal de Alfenas

Profa. Dra. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva
Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina

Profa. Dra. Roberta Seron Sanches
Instituição: Universidade Federal de Alfenas



Documento assinado eletronicamente por **Zélia Marilda Rodrigues Resck, Presidente**, em 19/02/2020, às 10:48, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Roberta Seron Sanches, Professor do Magistério Superior**, em 19/02/2020, às 10:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva, Usuário Externo**, em 19/02/2020, às 11:02, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.unifal-mg.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0266882** e o código CRC **43EDC764**.

Dedico à memória do meu grande incentivador, meu pai Célio Moreira Gonçalves, que em todos os momentos de sua vida me apoiou nas lutas e nas conquistas pessoais e profissionais.

Papai, você estará eternamente em meu coração e em meus pensamentos. Te amo para todo o sempre!

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me guiar e me fortalecer em todos os momentos da vida, em especial naqueles em que a dificuldade e o desânimo insistiam em imperar. Agradeço por seu grande amor demonstrado nas pequenas atitudes das pessoas que cruzaram o meu caminho nessa fase tão importante. Agradeço ao seu Filho Jesus, que me acompanha lado a lado e, como fiel amigo, escuta minhas orações. Agradeço ao Espírito Santo, por me iluminar e inspirar nas leituras, interpretações e redações.

À Mãe Maria Santíssima, por me cobrir com seu manto sagrado e interceder por mim em minhas súplicas.

Ao meu marido, Rodrigo, por ter me encorajado a iniciar essa batalha. Obrigada pela parceria e pelo apoio incondicional desde o início e em todas as fases deste trabalho, com palavras de incentivo quando o cansaço batia e aplausos em cada conquista. Te amo, meu amor!

Aos meus filhos, Benício e Caetano, por serem meu alento para as atividades incansáveis do dia-a-dia e por entenderem minha ausência. Obrigada pelos beijos e abraços carinhosos de todo dia, que apaziguam meu cansaço e me fortalecem para as batalhas. Espero que um dia vocês respondam, por si só, às perguntas incessantes: “Mamãe, por que você estuda tanto? Mamãe, você vai estudar de novo?”. Amo vocês, meus príncipes.

A minha mãe, Raquel, que recebeu a mim e aos meus filhos de braços abertos, me incentivando na conquista do meu sonho e amparando nos momentos de dificuldade. Obrigada, mamãe, por, muitas vezes, abdicar de si para o bem-estar de seus filhos e netos, por estar sempre presente em nossas vidas, em especial pelas orações incansáveis. Eu te amo!

Aos meus irmãos, Geisa, Beto e Thiago e aos meus cunhados Tel e Andressa, por serem meus companheiros de sempre e por compartilharem das minhas dificuldades e das minhas conquistas com amor e atenção. Obrigada pelo apoio e carinho de sempre e pelo cuidado com meus filhos nos momentos em que eu estava ausente. Amo vocês!

A minha sogra Célia, que, a cada ligação telefônica, estava pronta para ajudar no que fosse preciso. Obrigada por ter se dedicado no cuidado dos meus filhos e do meu marido, com tanto carinho e amor. Sua ajuda foi essencial para que eu pudesse concluir essa etapa!

Ao meu sogro Roberto, minha sogra Leni e minhas cunhadas Tatiana e Luciana, pelo carinho e apoio, com palavras de incentivo para a conquista do meu sonho.

À amiga que o mestrado me deu, Marina, por dividir comigo, todos os dias, as dificuldades, as lutas, os aprendizados e as alegrias dessa fase especial. Agradeço a Deus por ter nos colocado lado a lado nos primeiros dias de aula e por fazer crescer essa amizade cheia de carinho, lealdade e amor. Você é especial!

Aos demais colegas da turma de mestrado, pelo compartilhamento de experiências, tensões e alegrias e pelas palavras de incentivo mútuo. Somos vencedores!

À orientadora Zélia Marilda Rodrigues Resck e à co-orientadora Silvana Maria Coelho Leite Fava pela parceria, pelos ensinamentos e pela paciência em direcionar os caminhos pelos quais eu devia seguir. Foi uma honra participar de discussões tão enriquecedoras, que, a cada dia, me mostravam que eu sempre poderia ser uma profissional e uma pessoa melhor.

Aos membros da Banca Examinadora, Roberta Seron Sanches e Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva, pelas contribuições valiosas que enriqueceram o meu trabalho.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas pelo compartilhamento de experiências e conhecimentos durante a realização do curso de mestrado.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, pelo apoio financeiro que possibilitou a dedicação integral às atividades do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

A todos que, direta ou indiretamente, colaboraram para que eu chegasse até aqui, meu muito obrigada!

“O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001”.

“A todos os que sofrem e estão sós, dai sempre um sorriso de alegria. Não lhes proporcionas apenas os vossos cuidados, mas também o vosso coração.”

Madre Teresa de Calcutá

RESUMO

Os protocolos constituem ferramentas importantes para a assistência e a gestão dos serviços, devido ao favorecimento da integração entre os diferentes profissionais que assistem às pessoas com insuficiência cardíaca e à organização do cuidado. Este estudo teve por objetivo construir um protocolo multiprofissional de alta hospitalar às pessoas com Insuficiência Cardíaca e familiares. Utilizou-se como referencial metodológico a Pesquisa Convergente Assistencial, a qual permitiu a triangulação entre teoria, pesquisa e prática. O estudo foi desenvolvido na instituição hospitalar, local de atuação da pesquisadora no decorrer de nove anos. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de ensino, CAAE 98300918.0.0000.5142, Parecer n.º 3.071.413. A coleta de dados ocorreu em dois momentos: fundamentação da literatura, com revisão integrativa e busca de dados nos *websites* de instituições hospitalares de referência em cardiologia, a fim de identificar as orientações necessárias para a alta hospitalar de pessoas com insuficiência cardíaca e familiares; e a aproximação com a prática assistencial, por meio de grupos focais multiprofissionais, cujos participantes foram profissionais da instituição hospitalar, com o intuito de conhecer, sob a perspectiva de cada profissional, as orientações necessárias à pessoa com insuficiência cardíaca e familiares. Elaborou-se o protocolo multiprofissional de alta hospitalar às pessoas com insuficiência cardíaca e familiares, por meio da convergência das orientações obtidas na revisão integrativa, nos *websites* e nos grupos focais, a partir da identificação dos temas. O protocolo foi apresentado aos profissionais que participaram da coleta de dados, os quais avaliaram a sua viabilidade e aplicabilidade, de acordo com a realidade institucional. Salienta-se o importante papel integrador do enfermeiro entre os outros profissionais, a pessoa com insuficiência cardíaca e familiares e a comunidade. Para tanto, reforça-se a importância da comunicação entre os profissionais da equipe, num exercício diário de interdisciplinaridade, com vistas ao cuidado holístico, humanizado e transformador, centrado na pessoa com insuficiência cardíaca e não na doença.

Palavras-chave: Protocolos. Equipe multiprofissional. Insuficiência cardíaca. Cuidado transicional.

ABSTRACT

Protocols are important tools for assistance and service management, due to the favor of integration between the different professionals who assist people with heart failure and the organization of care. This study aimed to build a patient discharge multiprofessional protocol for people with heart failure and their families. The methodological reference was the Convergent Care Research, which allowed the triangulation between theory, research and practice. The study was developed at the hospital institution, where the researcher worked during nine years. The research was approved by the Research Ethics Committee of the educational institution, CAAE 98300918.0.0000.5142, Process nº. 3.071.413. Data collection occurred in two moments: literature basis, with integrative review and search of data on the websites of hospitals of reference in cardiology, in order to identify the necessary guidelines for hospital discharge of people with heart failure and family members; and the approach to the care practice, through multiprofessional focus groups, whose participants were professionals from the hospital institution, in order to know, from the perspective of each professional, the necessary guidelines for the person with heart failure and families. The patient discharge multiprofessional protocol for people with heart failure and their families was elaborated, through the convergence of the guidelines obtained in the integrative review, websites and focus groups, from the identification of the themes. The protocol was presented to the professionals who participated in the data collection, who evaluated its viability and applicability, according to the institutional reality. The integrative role of the nurse among the other professionals and the person with heart failure and family members and between them and the community is highlighted. To this end, the importance of communication among team professionals is reinforced, in a daily exercise of interdisciplinarity, with a view to holistic, humanized and transformative care, centered on the person with heart failure and not the disease.

Keywords: Protocols. Patient care team. Heart failure. Transitional care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Cartão de identificação (frente).....	57
Figura 2 – Cartão de identificação (verso).....	57
Figura 3 – Cartão de identificação (frente) – após avaliação dos profissionais.....	67
Figura 4 – Cartão de identificação (verso) – após avaliação dos profissionais.....	67
Quadro 1 – Orientações identificadas nos artigos científicos, conforme revisão integrativa, jul/2013 a set/2018, Alfenas-MG.....	119
Quadro 2 – Orientações identificadas nos <i>websites</i> das instituições de referência em cardiologia, Janeiro/2019, Alfenas-MG.....	126
Quadro 3 – Orientações identificadas nas falas da equipe multiprofissional, Mar/2019, Alfenas-MG.....	137

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACCF	American College of Cardiology Foundation
AHA	American Heart Association
APS	Atenção Primária à Saúde
AS	Assistente social
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DCV	Doenças cardiovasculares
E	Enfermeiro
F	Fisioterapeuta
Fa	Farmacêutico
GF	Grupos focais
IC	Insuficiência cardíaca
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
M	Médico
MeSH	Medical Subject Headings
N	Nutricionista
NYHA	New York Heart Association
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
P	Psicólogo
PCA	Pesquisa Convergente Assistencial
PCDT	Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PUBMED/MEDLINE	National Library of Medicine
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	JUSTIFICATIVA.....	18
3	OBJETIVOS.....	20
3.1	OBJETIVO GERAL.....	20
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
4	FUNDAMENTAÇÃO CIENTÍFICA	21
5	MÉTODO.....	31
5.1	TIPO DE ESTUDO.....	31
5.2	REFERENCIAL METODOLÓGICO.....	31
5.2.1	Fase de concepção.....	32
5.2.2	Fase de instrumentação.....	32
5.2.2.1	<i>Participantes da pesquisa.....</i>	32
5.2.2.2	<i>Espaço físico da pesquisa.....</i>	33
5.2.2.3	<i>Negociação da proposta de mudança/ inovação.....</i>	34
5.2.2.4	<i>Coleta de dados.....</i>	34
5.2.2.4.1	<i>Primeira etapa: Fundamentação na Literatura.....</i>	34
5.2.2.4.2	<i>Segunda etapa: Aproximação com a prática assistencial.....</i>	36
5.2.3	Fase de perscrutação.....	38
5.2.4	Fase de análise.....	39
5.2.4.1	<i>Processo de apreensão.....</i>	39
5.2.4.2	<i>Síntese.....</i>	39
5.2.4.3	<i>Processo de teorização.....</i>	40
5.2.4.4	<i>Processo de transferência.....</i>	41
5.3	ASPECTOS ÉTICOS.....	42
6	RESULTADOS.....	43
6.1	FUNDAMENTAÇÃO NA LITERATURA.....	43
6.1.1	Orientações à pessoa com IC e familiares nos artigos incluídos na revisão integrativa da literatura.....	43
6.1.2	Orientações à pessoa com IC e familiares contidas nos <i>websites</i> das instituições de referência em cardiologia.....	43

6.2	ORIENTAÇÕES À PESSOA COM IC E FAMILIARES PELOS PROFISSIONAIS DA INSTITUIÇÃO.....	43
6.3	PROTOCOLO MULTIPROFISSIONAL DE ALTA HOSPITALAR ÀS PESSOAS COM IC E FAMILIARES.....	44
7	DISCUSSÃO.....	45
7.1	Construção do Protocolo Multiprofissional de Alta Hospitalar às Pessoas com IC e Familiares.....	45
<i>7.1.1</i>	<i>Fluxograma.....</i>	<i>45</i>
<i>7.1.2</i>	<i>Doença.....</i>	<i>46</i>
<i>7.1.3</i>	<i>Complicações da insuficiência cardíaca – sinais de alerta.....</i>	<i>48</i>
<i>7.1.4</i>	<i>Tratamento farmacológico.....</i>	<i>49</i>
<i>7.1.5</i>	<i>Tratamento não-farmacológico.....</i>	<i>51</i>
<i>7.1.6</i>	<i>Exercícios/Atividades físicas.....</i>	<i>52</i>
<i>7.1.7</i>	<i>Atividades de vida diária.....</i>	<i>53</i>
<i>7.1.8</i>	<i>Atividade sexual.....</i>	<i>54</i>
<i>7.1.9</i>	<i>Recursos existentes.....</i>	<i>55</i>
<i>7.1.10</i>	<i>Cuidados paliativos.....</i>	<i>57</i>
<i>7.1.11</i>	<i>Direitos da pessoa com IC e familiares.....</i>	<i>58</i>
<i>7.1.12</i>	<i>Empoderamento para autonomia e autocuidado.....</i>	<i>60</i>
7.2	Avaliação do protocolo pelos profissionais da instituição.....	61
<i>7.2.1</i>	<i>Fluxograma.....</i>	<i>61</i>
<i>7.2.2</i>	<i>Complicações da insuficiência cardíaca – sinais de alerta.....</i>	<i>62</i>
<i>7.2.3</i>	<i>Tratamento farmacológico.....</i>	<i>63</i>
<i>7.2.4</i>	<i>Tratamento não-farmacológico.....</i>	<i>64</i>
<i>7.2.5</i>	<i>Exercícios/Atividades físicas.....</i>	<i>65</i>
<i>7.2.6</i>	<i>Atividades de vida diária.....</i>	<i>65</i>
<i>7.2.7</i>	<i>Recursos existentes.....</i>	<i>66</i>
<i>7.2.8</i>	<i>Direitos da pessoa com IC e familiares.....</i>	<i>67</i>
<i>7.2.9</i>	<i>Empoderamento para autonomia e autocuidado.....</i>	<i>68</i>
7.3	PROTOCOLO MULTIPROFISSIONAL DE ALTA HOSPITALAR ÀS PESSOAS COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA E FAMILIARES – VERSÃO FINAL.....	69
8	CONCLUSÃO.....	100

REFERÊNCIAS.....	102
ANEXO.....	113
APÊNDICES.....	116

1 INTRODUÇÃO

O Brasil enfrenta, desde meados do século XX, uma progressiva transição em sua estrutura etária. Juntamente com essa transição, observa-se a modificação do padrão brasileiro de morbimortalidade, saindo de um período com predomínio de doenças infectocontagiosas, para uma fase de elevada prevalência e incidência de doenças crônico-degenerativas (ALVES, 2014; MELLO et al., 2017; SANTOS, 2014).

Dentre as doenças crônicas, destacam-se as doenças cardiovasculares (DCV), tendo em vista o seu potencial de causar limitações e incapacidades funcionais, ainda mais quando se associam a fatores sociais, econômicos e ambientais, os quais podem determinar a magnitude da morbimortalidade de tais doenças (MALTA et al., 2014; PIRANI; KHIAMI, 2017; YOKOTA et al., 2016).

Segundo a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), em conjunto com a Organização Mundial da Saúde (OMS), entende-se por DCV qualquer desordem do coração ou dos vasos sanguíneos, incluindo doença coronariana, doença cerebrovascular, doença arterial periférica, doença cardíaca reumática, doença cardíaca congênita, trombose venosa profunda e embolia pulmonar (OPAS/OMS, 2017).

Dados da OMS de 2017 apontaram que as DCV constituem as principais causas de morte em nível global, tendo vitimado aproximadamente 17 milhões de pessoas no ano de 2015, o que representa 31% de todas as mortes no mundo. Embora tenha se constatado queda da mortalidade pelas DCV, devido às ações preventivas e terapêuticas, ainda permanece o impacto dessas doenças, visto que representam a maior causa de anos de vida perdidos no cenário mundial (LOTUFO, 2015; WHO, 2017).

Esse panorama não difere no Brasil, tendo em vista que as DCV constituem principal causa de morte e de internação. Em 2015, houve aumento de 41% nas internações cirúrgicas em relação ao ano de 2010, nas quais foram realizados procedimentos como angioplastias coronarianas, estudos eletrofisiológicos e cirurgias vasculares (SIQUEIRA; SIQUEIRA-FILHO; LAND, 2017).

A Insuficiência Cardíaca (IC), classificada como DCV, é uma condição resultante de várias doenças cardíacas, tais como: doença arterial coronariana, infarto do miocárdio, cardiomiopatia, defeitos congênitos cardíacos, doença cardíaca valvar e doença renal crônica e deriva das consequências de mecanismos que compensam a disfunção do coração e também dos efeitos diretos da diminuição do fluxo sanguíneo para esse órgão. Pode-se dizer que a IC é a via final comum de muitas doenças do coração, o que torna essa doença um desafio na

prática clínica dos profissionais de saúde (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2018; YOUNG, 2018).

Tal desafio deve-se, muitas vezes, às incapacidades decorrentes do agravamento da IC e às suas altas taxas de mortalidade, sendo que aproximadamente 20% dos pacientes morrem após um ano do diagnóstico e os que sobrevivem enfrentam a mortalidade de 80% ao longo dos oito anos seguintes (GAUI; KLEIN; DE OLIVEIRA, 2016; MELLO et al., 2017).

Dada a magnitude e a complexidade dessa doença, que concorre para as elevadas taxas de internação devido às agudizações da IC crônica, torna-se fundamental a avaliação e a elaboração de intervenções de forma direcionada e qualificada, levando em conta as particularidades da pessoa em suas dimensões sociais, econômicas e culturais, com o intuito de promover a melhoria na vivência com a enfermidade e a redução das reinternações (OPAS/OMS, 2017).

Nesse ínterim, deve-se considerar o plano de orientações e cuidados, tanto no período de internação hospitalar quanto na transição da internação para o domicílio (MOSER, 2017). Pode-se dizer que os protocolos constituem ferramentas importantes para o enfrentamento de diversos problemas na assistência e na gestão dos serviços, por serem normalizadores de ações e registros, além de terem o potencial de favorecer a redução dos riscos assistenciais e dos recursos financeiros, com economia de tempo na oferta do cuidado (MOURÃO NETTO; DIAS; GOYANNA, 2016).

De acordo com Silva et al. (2017), os protocolos assistenciais permitem a sistematização da assistência por meio do equilíbrio entre o que é demonstrado pela clientela e a melhoria da qualidade, dos treinamentos acerca dos pontos de que trata determinado protocolo, da possibilidade de acompanhamento dos dados, da objetividade das evidências e da possibilidade de avaliação de sua eficácia e da contínua adequação do sistema de gestão.

Além disso, acredita-se que os protocolos assistenciais podem ser facilitadores da integração entre os diferentes profissionais por meio da unificação da linguagem, além da organização do cuidado por meio da identificação das diferentes fases do processo, uma vez que são instrumentos que esclarecem, de forma legítima e codificada, “o que fazer” e “como fazer” frente a determinadas situações (SILVA et al., 2017).

Ressalta-se que a equipe multidisciplinar não deve ser vista como um mero conjunto de pessoas com diferentes formações profissionais que atuam na sua área em busca do atendimento integral à pessoa, mas que interagem e dialogam em prol do cuidado.

É necessário que o trabalho de uma equipe multiprofissional ocorra de forma que as ações sejam articuladas, com especificação das tarefas e das orientações de cada componente, sem esquecer a importância da utilização do diálogo, do respeito à individualidade e da agregação de conhecimento, em busca de uma oferta de saúde qualificada e com resolutividade (SILVA; MIRANDA; ANDRADE, 2017).

A interação entre a equipe multidisciplinar deve ocorrer em todas as fases da internação hospitalar, inclusive na alta, a fim de organizar as atividades e orientações a serem fornecidas, com foco na recuperação e no bem-estar da pessoa após a sua reentrada na comunidade, além da diminuição das readmissões e melhoria no segmento financeiro da saúde (CRUZ; FINE; NORI, 2017).

Estudo realizado num Centro de Reabilitação, por meio da identificação dos aspectos deficientes relacionados à alta hospitalar, demonstrou que a comunicação e o trabalho em equipe podem melhorar a segurança e a satisfação da pessoa atendida com relação à alta hospitalar, além de promover uma transição segura do hospital para a comunidade e diminuir as taxas de reinternação em curto prazo (CRUZ; FINE; NORI, 2017).

Na gestão multidisciplinar da IC no âmbito hospitalar, a utilização de ferramentas, como os protocolos, pode normatizar o estabelecimento de intervenções, tais como a prescrição de terapias medicamentosas apropriadas, de acordo com o estágio da doença e com a situação socioeconômica da pessoa; a associação e otimização das terapias farmacológica e não-farmacológica; o correto manejo das atividades diárias para a satisfação de necessidades; o engajamento da família e da própria pessoa com IC na terapêutica; a prescrição de dieta adequada à condição clínica, dentre outras (COWIE et al., 2017; DAVIDSON et al., 2015).

Essas intervenções podem ser realizadas, segundo Farmakis et al. (2015, p. 234), em três fases: a fase inicial do manejo intensivo da congestão, a fase intermediária da transição para medicamentos orais e a fase tardia da alta e da transição para o manejo ambulatorial.

Nesse sentido, acredita-se que, por meio da sistematização das orientações a serem fornecidas pelos profissionais de saúde, é possível oferecer um cuidado integral à pessoa com IC e familiares, além de auxiliá-los no enfrentamento cotidiano com a doença, reduzir taxas de readmissão e minimizar a carga socioeconômica da IC.

É imprescindível, para que haja contribuição da pessoa com IC e familiares no entendimento do processo de internação hospitalar, na tomada de decisões acerca dos cuidados pós-alta e no engajamento na terapêutica, que a alta hospitalar seja pensada logo

após a admissão, com abordagem da equipe multidisciplinar de forma integrada e organizada (MENNUNI et al., 2017).

Acrescenta-se que o enfermeiro desempenha papel fundamental na alta hospitalar ao proporcionar à pessoa e à família informações fundamentadas no conhecimento técnico-científico do cuidado de enfermagem, além de ser o elo entre a pessoa assistida e os demais profissionais e entre a pessoa e a comunidade.

Faz-se necessário disseminar a importância da ação integradora do enfermeiro na alta hospitalar no que se refere à consideração das expectativas, desejos e esperanças da pessoa e da família, além das orientações a serem fornecidas sobre os locais a serem procurados em caso de necessidade após a alta (GÓES; CABRAL, 2017; PEATE, 2017; RIBAS et al., 2018).

Estudo de revisão integrativa acerca do planejamento de alta da pessoa com IC pelos enfermeiros demonstrou que, apesar da prevalência da doença, da morbi-mortalidade elevada e da alta taxa de readmissão no serviço hospitalar, não havia um plano de alta previamente pronto. Apresentou a existência de ações que podem contribuir para a elaboração de um plano adequado, sobre o qual o enfermeiro tem papel fundamental (ANDRIETTA; MOREIRA; DE BARROS, 2011).

Diante do exposto, destaca-se a importância da orientação e do direcionamento adequados à pessoa com IC e família para a alta hospitalar, a fim de que seja realizada de forma completa e sistematizada para a continuidade do cuidado, considerando-se, nesse processo, a importância do profissional enfermeiro. Propõe-se, assim, a construção de um protocolo multiprofissional de alta hospitalar às pessoas com IC e familiares.

2 JUSTIFICATIVA

A aproximação com a temática advém das minhas vivências enquanto enfermeira da Instituição, cenário do estudo, inicialmente junto às pessoas com instabilidade clínica devido ao acometimento por doenças crônicas em Unidade de Terapia Intensiva e, posteriormente, no atendimento e acompanhamento de pessoas com cardiopatia, incluindo aquelas com IC.

Dessas vivências, foi possível perceber a complexidade do cuidado e das orientações a serem realizadas, inclusive no que se refere à transição do ambiente hospitalar para o domicílio. Associam-se a isso, as constantes reinternações devido à agudização da IC crônica, em cujo momento havia relatos e demonstrações, por parte da pessoa com IC e familiares, da falta de conhecimento quanto à doença, a manutenção de hábitos de vida não-saudáveis e/ou dificuldade de adesão ao tratamento farmacológico e de localizar a unidade de saúde responsável pela continuidade do cuidado, dentre outras.

Além da relevância dessas questões, ressalta-se a lacuna existente na literatura acerca da temática. David et al. (2018), ao compararem as instruções de alta realizadas por enfermeiros e por médicos às pessoas com IC, demonstraram que ambos abordam aspectos importantes como dieta, monitorização do peso e medicações na alta, mas não discutem claramente as questões referentes à realização de atividades e ao monitoramento de sintomas, como o edema. Os autores destacaram a importância de serem fornecidas instruções de alta por escrito, em linguagem compreensível, de forma que os cuidados sejam centrados na pessoa atendida.

Nesse sentido, espera-se que a pesquisa venha contribuir para a comunidade científica, ao elaborar um protocolo multiprofissional de alta hospitalar às pessoas com IC e familiares, com foco na integralidade do cuidado e na humanização do atendimento, com vistas à satisfação das necessidades humanas básicas do ser humano.

No que se refere a práxis dos diversos profissionais envolvidos no cuidado à pessoa com IC e familiares, esta pesquisa poderá subsidiar, a partir de evidências científicas, o processo educativo para a alta hospitalar, com destaque ao papel do enfermeiro. Mennuni et al. (2017) descreveram sobre a alta facilitada pelo enfermeiro, a qual engloba as necessidades da pessoa internada por doenças crônicas complexas. Destacaram que o enfermeiro é o profissional responsável por esse planejamento e pela ativação dos serviços pós-hospitalares.

Acrescenta-se à relevância deste estudo, a contribuição social à pessoa com IC, à família e à comunidade, uma vez que a orientação sistematizada e qualificada pode melhorar o enfrentamento da doença e o engajamento na terapêutica proposta. Espera-se, com isso,

contribuir, de forma considerável, para a reabilitação domiciliar da pessoa com IC e na prevenção das agudizações, reduzindo as reinternações.

Ademais, o protocolo multiprofissional de alta hospitalar às pessoas com IC e familiares poderá contribuir à Instituição pesquisada, de modo a assegurar a qualidade no cuidado às pessoas com IC por meio de orientações sistematizadas no processo de transição hospital-domicílio.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Construir um protocolo multiprofissional de alta hospitalar às pessoas com Insuficiência Cardíaca e familiares.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Como objetivos específicos, adotou-se:

- a) identificar, por meio de revisão integrativa, as orientações multiprofissionais à pessoa com insuficiência cardíaca e familiares para a continuidade do cuidado após a alta hospitalar;
- b) identificar, por meio da busca em *websites* de instituições hospitalares nacionais e internacionais de referência em cardiologia, as orientações multiprofissionais à pessoa com insuficiência cardíaca e familiares para a continuidade do cuidado após a alta hospitalar;
- c) conhecer as orientações que a equipe multiprofissional da instituição deste estudo realiza para pessoas com insuficiência cardíaca e familiares durante o período de internação, no preparo para a alta hospitalar;
- d) elaborar o protocolo multiprofissional de alta hospitalar às pessoas com insuficiência cardíaca e familiares, fundamentado na literatura, nos *websites* das instituições hospitalares de referência em cardiologia e na vivência da equipe multiprofissional.

4 FUNDAMENTAÇÃO CIENTÍFICA

Desde 2013, com o lançamento do World Health Organization (WHO) Global Action Plan for the Prevention and Control of Non-Communicable Diseases 2013-2020, a OMS instiga os Estados Membros a voltarem o olhar para a importância de medidas que minimizem as consequências das doenças crônicas, por meio da definição de metas nacionais, desenvolvimento de planos multidisciplinares e avaliação dos resultados (WHO, 2013).

Considera-se que é importante que cada país ofereça subsídios para a prevenção e o controle das doenças crônicas, considerando-se que, muitas vezes, elas surgem em decorrência das condições sócio-econômicas de cada território (WHO, 2013).

Além disso, torna-se cada vez mais necessária a integração das políticas públicas em geral, ao se considerar o envelhecimento populacional e a ascensão das doenças crônicas, em vivência simultânea com as doenças infecto-contagiosas e as situações de violência.

Em adição, há que se considerar que as doenças crônicas apresentam alta taxa de mortalidade e têm o potencial de gerar incapacidades. A Pesquisa Nacional de Saúde realizada em 2013 demonstrou que a presença de uma doença crônica estava associada ao aumento de internações, à não realização de atividades por motivo de saúde e à prevalência de consulta médica (MALTA et al., 2017). Percebe-se, assim, o potencial incapacitante das doenças crônicas, tendo em vista a alta demanda por consultas e a ocorrência de agudizações.

A fim de minimizar esse problema de saúde, obedecendo aos preceitos do Plano de Ação Global da OMS para prevenção e controle das doenças crônicas, têm sido desenvolvidas pesquisas, metodologias e instrumentos que permitem acompanhar a tendência das doenças crônicas e fatores de risco, além de auxiliar as equipes de saúde na organização do cuidado. Tais ferramentas possibilitam, ainda, o monitoramento das ações nos diferentes pontos de atenção, o que favorece a reorganização das metodologias implementadas, bem como o desenvolvimento de novas ideias (BRASIL, 2018).

Uma das estratégias elaboradas se refere ao Plano de Ação Nacional para o enfrentamento das doenças crônicas no Brasil, com o intuito de fortalecer o sistema de saúde por meio do desenvolvimento e implementação de ações efetivas, com base em evidências científicas, para a prevenção e controle das doenças crônicas e dos fatores de risco. Foram definidos como eixos do Plano de Ação Nacional a vigilância em saúde, a promoção da saúde e o cuidado integral (BRASIL, 2018).

Considera-se que as pessoas com doenças crônicas necessitam de uma assistência contínua e estável, com acesso às diversas especialidades em saúde e às alternativas diagnósticas, além de orientações precisas que as direcionem pela sua trajetória pelas Redes de Atenção à Saúde (RAS) (SILVA, 2011), as quais são definidas como arranjos de ações e de serviços que contam com o apoio de diversos sistemas, a fim de garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2014a).

Nesse sentido, considera-se crucial que o sistema de saúde esteja organizado para oferecer assistência de qualidade às pessoas acometidas por doenças crônicas, visto que exigem continuidade na assistência, muitas vezes necessitando uma abordagem permanente de múltiplos fatores de risco e outros determinantes (WHO, 2018a; BRASIL, 2013a).

Seguindo as mesmas características das RAS e com o propósito de cumprir as ações propostas no terceiro eixo do plano nacional para o enfrentamento das doenças crônicas no Brasil, foi instituída, em 2013, com redefinição pela Portaria MS/GM nº 483, de 01 de abril de 2014, a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, a qual tem a proposta de organizar o cuidado, de forma que seja possível atingir a integralidade, conforme idealizado nos primórdios da criação do SUS (BRASIL, 2014b).

A RAS às pessoas com doenças crônicas defende a definição de um novo modelo de atenção, com as ações desenvolvidas pelos diversos setores da sociedade e de acordo com as características de cada população e suas respectivas necessidades (BRASIL, 2014b).

Com a definição de um novo modelo de atenção, é possível estabelecer diretrizes e fluxos que possam nortear a equipe de saúde para a oferta de assistência de qualidade, com efetividade e segurança nos diferentes pontos de atenção, contribuindo para a desfragmentação do sistema (BRASIL, 2014b).

A organização do cuidado às pessoas com doenças crônicas acompanha as definições da RAS, em particular no que se refere ao seu potencial de integrar as políticas públicas em prol da integralidade do cuidado à saúde e aos componentes da rede, como a valorização da Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora do cuidado e também as definições do território e suas respectivas populações, dos pontos de atenção existentes, da logística responsável pelo controle do acesso dos usuários e do sistema de governança dessa rede.

Dessa forma, acredita-se que o empreendimento de ações qualificadas, com resolução dos problemas competentes a cada ponto de atenção e com a integração entre os mesmos, poderá propiciar a oferta de cuidado integral às pessoas com doenças crônicas, além

de beneficiar os diversos profissionais do sistema de saúde por meio da organização do processo de trabalho.

Faz-se necessário o uso de estratégias para articular os diferentes níveis do sistema de saúde e para esclarecer à população sobre os papéis de cada um, haja vista que, em alguns casos, a trajetória terapêutica da pessoa com doença crônica se resume a várias idas e vindas ao pronto atendimento, reduzindo a APS como mero fornecedor de medicamentos ou marcador de consultas de média complexidade (RAUPP et al., 2015).

Lima, Leite e Caldeira (2015) demonstraram a ocorrência de fluxo inadequado de pacientes nas RAS, os quais procuram primeiro os serviços de urgência, desconhecendo a importância da APS, em particular no que se refere ao acompanhamento em casos de doenças crônicas. Acrescentam que a procura do pronto atendimento como “porta de entrada” não só provoca sensações de impotência e insegurança nos profissionais por não conseguirem “trabalhar como se gostaria” e responder às demandas, como também de insatisfação por não poder atuar como responsáveis pelo acompanhamento e vínculo com a população. Para tanto, há que se lançar mão de estratégias que favoreçam a comunicação entre os níveis de atenção, com benefício mútuo entre os agentes.

É válido salientar que a assistência oferecida em todos os níveis de atenção à saúde é definida por políticas públicas, de acordo com as necessidades da população. No caso dos hospitais, a assistência à saúde está descrita na Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), a qual deve se desenvolver em prol da qualidade do cuidado e da segurança do paciente, por meio de assistência multiprofissional (BRASIL, 2013b).

Uma das diretrizes da PNHOSP é a continuidade do cuidado, integrado aos demais pontos de atenção das RAS. Soma-se a isso a importância de oferecer um cuidado qualificado, humanizado e seguro ao paciente, por meio da interdisciplinaridade e da participação ativa do paciente no cuidado (BRASIL, 2013b).

Pode-se dizer que são inúmeras as ações que podem ser realizadas pelos profissionais de saúde no âmbito do SUS para a oferta de assistência com qualidade e segurança às pessoas com doenças crônicas. Acima de tudo, é crucial que os pressupostos das RAS sejam realmente cumpridos, apesar dos inúmeros desafios, tendo em vista o seu potencial integrador e, mais que isso, valorizador das distintas funções dos diferentes pontos de atenção à saúde.

Nesse íterim, é importante ressaltar que a logística que orienta e controla o acesso e o fluxo dos usuários no sistema é um dos componentes das redes integradas e regionalizadas da atenção à saúde, a qual está intimamente relacionada à utilização de protocolos técnico-

assistenciais (SILVA, 2011), considerados como ferramentas significativas para o gerenciamento de processos.

Pode-se dizer que tal logística impacta, diretamente, na qualidade da assistência nas RAS, uma vez que há uma intersecção da mesma com a política de segurança do paciente e a gestão de riscos.

Ressalta-se que a segurança do paciente tem o objetivo de garantir que a assistência à saúde seja livre de riscos, erros e danos ao paciente nas unidades de saúde, para a qual é imprescindível que os serviços sejam integrados, equitativos, eficientes e oportunos, em prol da oferta de saúde de qualidade (WHO, 2019a).

No Brasil, após a recomendação feita pela OMS, em 2004, de que os países dispensassem atenção ao tema “Segurança do paciente” e também considerando outros aspectos importantes referentes ao tema, foi instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 (BRASIL, 2013c), com o objetivo de contribuir, por meio de iniciativas voltadas à segurança do paciente em todos os serviços de saúde, do envolvimento dos pacientes e familiares nas ações e também da ampliação do conhecimento acerca do tema, para a oferta de saúde de qualidade nos diferentes níveis de atenção à saúde.

Ao se pensar em ações humanas, deve-se ter em mente a possibilidade de erros, independente do tipo de atividade exercida. Com os profissionais de saúde, não é diferente, considerando-se que são seres humanos, com suas particularidades, como qualquer outro cidadão (BRASIL, 2014c).

Nesse ínterim, é importante que as organizações de saúde recorram às barreiras para que os erros não atinjam os pacientes. Conforme demonstrado no Documento de Referência para o PNSP (BRASIL, 2014c), os protocolos, os checklists, a atualização de profissionais, dentre outros constituem-se mecanismos que podem ser utilizados para garantir a segurança do paciente.

De acordo com Mourão Netto, Dias e Goyanna (2016), não há, na literatura científica, algum referencial que ofereça o detalhamento sobre os protocolos, o que os torna passíveis de diversas nomeações, como protocolos de atenção, protocolos de cuidado, protocolos de acompanhamento e atenção, dentre outras.

No entanto, Pimenta et al. (2015) descreveram que os protocolos são ferramentas que favorecem a interação entre os diferentes profissionais por meio das condutas bem definidas e da redução da variabilidade das informações, uma vez que oferece os detalhamentos acerca

dos passos a serem executados diante de determinada situação/cuidado, de como as ações devem ser realizadas e quais materiais são necessários, seja para a assistência na prevenção, recuperação e/ou reabilitação.

Complementa-se que os protocolos podem ser utilizados para descrever ações a serem executadas exclusivamente pela enfermagem ou a serem compartilhadas com outros profissionais de saúde, prevendo ações voltadas para a educação, para o cuidado, para o diagnóstico, para intervenções emocionais, sociais, farmacológicas, dentre outras (PIMENTA et al., 2015).

A potencialidade dos protocolos pode ser identificada em diferentes estudos. Uma revisão integrativa, realizada com o intuito de analisar a contribuição do trabalho da enfermagem para a segurança do paciente, demonstrou a importância da utilização de protocolos e check-lists para assegurar a qualidade no cuidado, com possibilidade de repensar o cuidado e o ambiente de trabalho (SILVA et al., 2016).

Tais resultados também foram encontrados no estudo de Vasconcelos e Caliri (2017), no qual, após a construção e implementação de um protocolo para prevenção de lesões por pressão, percebeu-se que houve mudança de comportamento dos profissionais de enfermagem na assistência aos pacientes.

Outro estudo demonstrou que a utilização de um protocolo no manejo da pessoa submetida à artroplastia total do quadril resultou em diminuição nas taxas de reinternação e das complicações após o procedimento, devido à participação multidisciplinar e à padronização dos procedimentos pré, peri e pós-operatórios (BARROS et al., 2017).

Pode-se perceber, assim, que a utilização de protocolos assistenciais em diferentes situações pode resultar em melhores práticas profissionais, bem como favorecer a oferta de uma assistência sistematizada e qualificada.

É importante destacar que a organização das ações em saúde pode impactar, particularmente, na assistência às pessoas com doenças cardiovasculares. Vale reforçar que as doenças cardiovasculares são a causa número um de morte em nível global. Estima-se que, em 2016, foram responsáveis pela morte de 17,9 milhões de pessoas, o que corresponde a 31% de todas as mortes no mundo (WHO, 2019b).

No Brasil, no mês de agosto de 2019, foram registradas 100.077 internações por doenças cardiovasculares, sendo 17,3% devido à IC, com média de permanência de oito dias. O gasto total dessas internações foi calculado em pouco mais de 30 bilhões de reais (BRASIL,

2019b), que corresponde a, aproximadamente, 24% do orçamento total do setor saúde no ano de 2019 (BRASIL, 2019c).

Destaca-se, assim, que a IC provoca um forte impacto sócio-político e econômico, havendo necessidade de políticas públicas organizadas para o seu enfrentamento.

Resgata-se que a IC pode ser definida como uma síndrome que acomete o músculo cardíaco, com prejuízo na força da musculatura e na manutenção da contratilidade adequada, o que pode tornar inadequado o suprimento sanguíneo aos órgãos e tecidos do corpo. Pode ser considerada a fase final não só das inúmeras DCV, mas também de outras enfermidades não-cardiovasculares (ALBUQUERQUE et al., 2015; BOCCHI; WETTEN; FERREIRA, 2015; CASTILLO; SÁNCHEZ, 2017; GAMBOA, 2017; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2018)

Na avaliação da pessoa com IC, devem ser considerados os sintomas típicos, como dispneia, ortopneia, dispneia paroxística noturna, tolerância diminuída ao exercício, fadiga, edema nos tornozelos, e os sintomas atípicos, como sibilância, tosse noturna, perda de apetite, palpitações e confusão mental. Além disso, os sinais mais específicos da doença são pressão venosa jugular elevada, refluxo hepatojugular, presença da terceira bulha, mas podem também estar presentes: perda de peso, sopro cardíaco, sons crepitantes pulmonares, ascite, extremidades frias e oligúria (GAMBOA, 2017).

A pessoa com IC pode apresentar sinais e sintomas diversos, os quais devem ser associados às informações fornecidas quanto à etiologia da doença, tendo em vista que cada enfermidade terá a sua terapêutica. A etiologia da IC pode ou não ser de origem cardiovascular, a saber: doenças cardíacas isquêmicas; toxinas; danos inflamatórios, como a doença de Chagas e a artrite reumatoide; cardiomiopatias, independente da característica; nutricional; doenças endócrinas; condições de carga anormais, como hipertensão arterial sistêmica, valvulopatias, comunicações interatriais e interventriculares; arritmias (CASTILLO; SÁNCHEZ, 2017; GAMBOA, 2017; BOCCHI; WETTEN; FERREIRA, 2015).

A pessoa que recebe o diagnóstico de IC pode, em diferentes ocasiões, estar na condição crônica ou aguda da doença, que muitas vezes demandam internação hospitalar. O estudo *Breathe* desenvolvido em 2012 incluiu uma ampla amostra de pessoas hospitalizadas com IC descompensada em diferentes regiões do Brasil e seus resultados apontaram para a alta taxa de mortalidade intra-hospitalar (ALBUQUERQUE et al., 2015; CASTILLO; SÁNCHEZ, 2017).

O tempo de aparecimento é um fator considerado para classificar as pessoas que desenvolvem a IC, podendo-se considerar como *crônica compensada* nos casos em que os sinais e sintomas permanecem inalterados por pelo menos um mês, *crônica descompensada* quando há piora ou progressão dos sintomas, o que pode acontecer agudamente, e *aguda* quando se trata de doença de início recente. Quando na sua forma aguda, a IC pode ser classificada de várias maneiras: baseada em sintomas, na progressão da doença, na fração de ejeção e no tempo de aparecimento da doença. Com relação aos sintomas, os pacientes podem ser classificados de acordo com sua gravidade e consequente limitação para atividade física (Classificação Funcional da New York Heart Association – NYHA): *classes I, II, III e IV*. A classificação baseada na progressão da doença permite compreender a evolução da doença e auxilia na identificação dos pacientes com indicações preventivas, terapêuticas ou para procedimentos especializados e cuidados paliativos (American College of Cardiology Foundation – ACCF/AHA): *estágios A, B, C e D*. A fração de ejeção também é considerada por alguns autores como base para classificação de acordo com a forma em que a mesma se demonstra ao ecocardiograma (*fração de ejeção reduzida* ou *fração de ejeção preservada*) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2018; BOCCHI; WETTEN; FERREIRA, 2015; CARDOSO; LIMA, 2015).

Importante destacar que a complexidade do tratamento da IC exige o desenvolvimento e a implementação de ações que o contemplem de forma abrangente, segura e qualificada. Para atingir tal objetivo, tem sido proposta a implantação de programas de gestão de IC baseadas em equipes multidisciplinares, com o intuito de promover a comunicação e melhorar os resultados da assistência (WEVER-PINZON; DRAKOS; FANG, 2015).

Uma declaração da American Heart Association (AHA) sinalizou a necessidade emergente de adequação nos cuidados à pessoa com IC, os quais devem focar na elaboração de intervenções com base científica, que sejam clinicamente eficazes e viáveis para a aplicação na prática clínica com vistas na produção dos resultados desejados (ALBERT et al., 2015).

No tratamento da IC, têm-se por objetivo, além da busca ativa do(s) fator(es) desencadeante(s) e seu tratamento direcionado, estabilizar o paciente hemodinamicamente, aliviar os sintomas, evitar trombose e evitar o dano miocárdico e renal. Assim, considera-se que a abordagem terapêutica deve ser estabelecida de acordo com o desenvolvimento da doença na avaliação juntamente com seu fator causal, com o valor da pressão arterial e com a

avaliação clínico-hemodinâmica (SÁNCHEZ-AGUILERA; CÁMARA; SALVADOR, 2017; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2018; ALMEIDA; ALVES; OLIVEIRA, 2015; OLIVEIRA JÚNIOR et al., 2015).

É importante ressaltar que, em algumas situações, apesar da otimização do tratamento farmacológico, da intensificação das medidas não-farmacológicas e também da utilização de algumas intervenções terapêuticas, a IC pode evoluir para graus de complexidade máxima, com prejuízo da qualidade de vida de forma crescente e redução na sobrevida, sendo classificada como IC refratária. Nesses casos, o tratamento que oferece melhor resultado é o transplante cardíaco (BRANCO; VARGAS; BUFFOLO, 2015).

Em todos os casos, é preciso que, durante a internação hospitalar, a pessoa seja orientada de forma clara quanto aos medicamentos prescritos, quanto ao monitoramento dos sintomas da doença, quanto ao controle da ingestão de sal na alimentação, dentre outras questões. Acima de tudo, as orientações devem ser feitas de forma que sejam consideradas todas as dimensões da vida da pessoa, as quais podem influenciar sobremaneira no tratamento da doença.

Ao admitir uma pessoa com IC em ambiente hospitalar, o profissional de saúde deve direcionar o pensamento para a alta hospitalar, na medida em que há o fornecimento de uma assistência planejada e sistemática, com integração das ações de cada componente da equipe multiprofissional (MENNUNI et al., 2017).

O risco de readmissão deve ser previsto enquanto acontece o cuidado intrahospitalar, em especial no que diz respeito às comorbidades existentes e ao número de medicamentos prescritos para o uso domiciliar. Estudo de Sherer et al., (2016) demonstrou que a quantidade elevada de medicamentos prescritos na alta e a quantidade de comorbidades são os maiores preditores de reinternação por IC, como a insuficiência renal, fibrilação atrial e doença arterial coronariana.

Diante da complexidade da terapêutica da IC, torna-se fundamental a organização das ações dos profissionais que assistem à pessoa com IC, considerando-se, de extrema importância, os diferentes papéis de cada integrante da equipe multiprofissional, cujo trabalho deve ocorrer de forma abrangente, sistematizada e integrada.

Nesse sentido, Mennuni et al. (2017) recomendaram que deve ser realizada a elaboração de um atendimento organizado, que enfoque a continuidade do cuidado por meio da troca de informações para as unidades responsáveis pelos serviços pós-alta hospitalar.

É importante ressaltar que o trabalho em equipe multidisciplinar deve garantir que no estágio inicial da internação, algumas decisões relativas à alta sejam tomadas; tais como: informações quanto ao plano de cuidados e data prevista da alta sejam registrados em prontuário; que ocorra o planejamento de testes/procedimentos e a reavaliação diária e com data de alta prefixada; que a equipe de enfermagem organize o processo de alta e ative os serviços pós-hospitalares (MENNUNI et al., 2017).

Os autores descrevem, ainda, que a equipe multidisciplinar em saúde deve trabalhar com enfoque no atendimento integral das necessidades da pessoa, em busca de complementaridade e interdependência relativa quanto ao conhecimento de cada categoria envolvida, contribuindo para uma abordagem ampla e resolutiva (MENNUNI et al., 2017).

Considera-se que uma equipe multidisciplinar de IC deve ser composta por médicos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, assistente sociais, dentre outros. Os integrantes da equipe possuem funções pré-definidas, as quais, quando articuladas de forma satisfatória, promovem um cuidado de qualidade à pessoa com IC (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2018; WEVER-PINZON; DRAKOS; FANG, 2015).

A equipe multidisciplinar deve realizar as atividades de educação em saúde, a fim de programar de forma integral o desligamento da pessoa da unidade terciária de saúde, com direcionamento para que sejam colocadas em prática as orientações fornecidas (GOLDMAN et al., 2016).

Nesse sentido, deve-se esclarecer que o trabalho em equipe multidisciplinar não se resume em, simplesmente, um conjunto de profissões. O reconhecimento do outro, a cooperação e valorização mútuas, o encontro dialogado, a priorização de relações menos desgastantes e o trabalho coeso em torno de um bem comum são itens importantes a serem considerados na definição de uma equipe interdisciplinar (SILVA; MOREIRA, 2015).

Dessa forma, deve-se atentar que o paciente está pronto para a alta quando a equipe multiprofissional avalia corretamente os aspectos clínico e funcional, além de indicadores psicológicos e sociais de uma forma integrada (BLACHMAN; BLAUM, 2016; MENNUNI et al., 2017).

Além disso, acredita-se que a transição do cuidado para o domicílio deve ser realizada de forma que haja interligação entre o tratamento farmacológico e não-farmacológico, com participação ativa da pessoa com IC e de seus familiares, com vistas nos melhores resultados (MANTOVANI et al., 2015).

Após a alta hospitalar, no panorama internacional, preconiza-se que, para a continuidade dos cuidados, a pessoa deverá ser reavaliada na APS na primeira semana e pela equipe de cardiologia dentro de duas semanas, com a ressalva de que, muitas vezes, há necessidade de manter o acompanhamento multidisciplinar devido à condição de paliatividade ou às propostas terapêuticas fornecidas em casos de IC refratária ao tratamento clínico, como o transplante cardíaco ou o implante de ventrículo artificial (SÁNCHEZ-AGUILERA; CÁMARA; SALVADOR, 2017; WEVER-PINZON; DRAKOS; FANG, 2015).

No cenário nacional, recomendações de qualidade assistencial, respaldadas por diretrizes internacionais, sugerem visita clínica precoce após hospitalização, com avaliação médica/multidisciplinar em 7 a 14 dias após alta hospitalar (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2018, p. 452).

Independente do tempo preconizado para reavaliação, deve-se considerar que as orientações realizadas na alta hospitalar são de extrema importância para a continuidade do cuidado após a internação, a fim de que a pessoa e seus familiares e/ou cuidadores tenham as informações necessárias para intervir frente às dificuldades no enfrentamento da doença.

Estudos realizados a respeito do enfrentamento da doença no primeiro mês após a internação, cujo período é caracterizado pela sobrecarga das mudanças na vida devido à IC, demonstram que as pessoas se defrontam com problemas que incluem a dificuldade no manejo dos sintomas da doença, o regime de tratamento, as emoções negativas e o humor. Estratégias têm sido elaboradas com o intuito de evitar que tais problemas culminem em uma reinternação (DI PALO et al., 2017; GRANT; GRAVEN; FULLER, 2018; MANTOVANI et al., 2015).

Ressalta-se a importância da sistematização do cuidado às pessoas com IC e familiares, em particular no que se refere à transição do hospital para o domicílio. Nesse sentido, considera-se o protocolo uma estratégia que favorece o “processo de transferibilidade” do conhecimento teórico para a prática assistencial (TRENTINI, 2014, p.59).

5 MÉTODO

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), na qual o pesquisador com *expertise* na área de conhecimento assistencial especificada e que atue no local de pesquisa, assume um papel propositivo. A PCA nasce da prática assistencial e retorna para ela com soluções teorizadas (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2017).

5.2 REFERENCIAL METODOLÓGICO

De acordo com Trentini (1987), a teoria, a pesquisa e a prática se inter-relacionam de maneira dinâmica, apesar de terem seus próprios objetivos. Segundo ela,

a teoria direciona a pesquisa e a prática, explica a prática, e gera problemas de pesquisa. A pesquisa gera, testa e redefine a teoria. A teoria redefinida volta a ser aplicada na prática, e os resultados da pesquisa são usados para melhorar a prática. Assim, teoria, pesquisa e prática interagem, uma tornando a outra melhor. Teoria e pesquisa ‘nascem’ da prática e são aplicadas na prática (1987, p.141).

Borenstein et al. (2017, p.9) descrevem que Mercedes Trentini considera a PCA um método que tem futuro, pois “a intenção foi fazer com que enfermeiras da prática pudessem estudar a sua própria prática dentro do ambiente de trabalho”.

O conceito de convergência advém do entrecruzamento de ações da assistência com as ações da pesquisa, propiciando a descoberta de novos fenômenos e rege os demais conceitos que constituem a base teórico-filosófica do delineamento da PCA, a saber: *imersibilidade*, que representa a imersão do pesquisador nas ações da pesquisa e nas ações da prática assistencial no mesmo tempo e espaço físico do estudo em questão; *simultaneidade*, a qual representa o movimento recíproco das ações da pesquisa e das ações da prática assistencial durante o desenvolvimento do estudo; *expansibilidade*, atributo que confere a essa modalidade de pesquisa a possibilidade de ir além do propósito inicial do pesquisador de reconstruir a prática assistencial, possibilitando descobrir novos conhecimentos e construir novas teorias; e *dialogicidade*, a qual representa a unicidade das duas instâncias (assistência e pesquisa) em um só fenômeno, sem descaracterizar cada uma delas (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2017).

De acordo com Trentini (2014), o desenvolvimento de uma pesquisa com base na PCA deve ser realizado em quatro fases, as quais serão descritas a seguir.

5.2.1 Fase de concepção

A fase de concepção refere-se à elaboração do problema de pesquisa, o qual deve sintetizar o conhecimento em relação ao tema da pesquisa, seus valores e expectativas (TRENTINI, 2014).

No decorrer das vivências profissionais percebeu-se que as reinternações de pessoas com IC são frequentes e muitas, ao serem questionadas, revelaram o desconhecimento sobre a doença, os cuidados e as manifestações que sinalizavam a descompensação da doença. Essas vivências despertaram o interesse em aprofundar o conhecimento acerca da temática para propor ações que pudessem contribuir para a melhoria do conhecimento e do controle da doença. A proposta de um plano de alta hospitalar multiprofissional pode contribuir para o processo de transição hospital-domicílio e mudar a realidade de vida dessas pessoas e consequentemente de sua família.

5.2.2 Fase de instrumentação

Trentini (2014) descreve que a fase de instrumentação está relacionada ao detalhamento do espaço físico escolhido para a pesquisa, à escolha dos participantes, à negociação da proposta de mudanças e aos instrumentos de coleta de dados. Na PCA, pode-se escolher qualquer espaço físico em que há assistência de enfermagem, nos âmbitos preventivo, promocional ou curativo. Os participantes devem ser aqueles que atuam profissionalmente e/ou as pessoas que estão sendo cuidadas no espaço de pesquisa escolhido; a negociação do processo de mudanças e/ou inovações refere-se ao fato de que o pesquisador não consegue sozinho concretizar mudanças no local de pesquisa e, por isso, há que averiguar a possibilidade continuidade na proposta sugerida. Em relação à coleta de dados, são indicados na PCA: entrevista, observação e discussão em grupo.

Em cumprimento ao proposto nesta fase, o detalhamento do que foi realizado no presente estudo está discriminado a seguir:

5.2.2.1 Participantes da pesquisa

Os participantes do estudo foram compreendidos pelos profissionais da instituição hospitalar que atuavam no cuidado e/ou com orientações à pessoa com IC, com o intuito de

conhecer, sob a perspectiva de cada profissional, as orientações necessárias à pessoa com IC e familiares para subsidiar a construção de um protocolo mais abrangente para o processo de transição do hospital para o domicílio. A pesquisadora entregou carta-convite para 26 profissionais, os quais demonstraram receptividade em colaborar com o estudo, desde que a participação fosse coincidente com o horário de trabalho. Desse modo, dos 26 elegíveis, 10 não participaram tendo em vista às intercorrências no setor no horário da discussão em grupo. Participaram desse estudo 16 profissionais, sendo dois enfermeiros, dois médicos, quatro fisioterapeutas, dois farmacêuticos, dois nutricionistas, três assistentes sociais e um psicólogo.

Adotou-se como critérios de inclusão os profissionais que atuavam no cuidado às pessoas com IC no período de coleta de dados, com participação no processo de alta hospitalar, quais sejam: Enfermagem, Medicina, Fisioterapia, Farmácia, Nutrição, Assistência Social e Psicologia.

Foram excluídos os profissionais de saúde das categorias elencadas que atuavam em área materno-infantil, Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, Educação Continuada, Gestão de Qualidade, Supervisão, Coordenação e Gerência/Direção.

5.2.2.2 Espaço físico da pesquisa

O estudo foi desenvolvido na instituição hospitalar, local de atuação da pesquisadora no decorrer de nove anos. Trata-se de um hospital geral cirúrgico de grande porte no Vale do Paraíba, referência em assistência de média e alta complexidades, com ênfase em urgência e emergência, cujo foco de atendimento é 100% SUS.

Quanto a sua natureza, é uma instituição pública municipal que desenvolve atividades assistencial, acadêmica e de ensino. Possui cerca de 400 leitos e presta atendimento de internação e urgência em clínica médica, cirurgia, maternidade e pediatria, com unidades de terapia intensiva adulto, pediátrica e neonatal, centro cirúrgico e centro obstétrico, ambulatório para consultas e exames. Conta com estágios dos cursos técnico e superior de Enfermagem e de Fisioterapia, além de programas de Residência Médica.

Esse campo oferece espaço para atividades acadêmicas e de ensino, uma vez que permite a difusão dos conhecimentos teórico-práticos por meio do desenvolvimento de pesquisa, o que favorece a expansão da ciência e o aprimoramento dos profissionais envolvidos.

Para a realização das discussões em grupo, foi concedida uma sala do centro de estudos do hospital, cujo espaço é reservado, livre de interrupções e com a possibilidade de

assentos suficientes para acomodar os participantes. Esse espaço foi utilizado no dia 25 de março, nos dois períodos em que ocorreram as reuniões. E no dia 26 de março, foi disponibilizada uma sala de prescrições da clínica dois, também com as mesmas características do centro de estudos.

5.2.2.3 *Negociação da proposta de mudança/ inovação*

A fase de negociação da proposta de inovação foi realizada no decorrer da minha atuação profissional junto à coordenação do serviço de enfermagem. Contudo, para aprofundar o conhecimento acerca da temática, fui buscar em curso de pós-graduação *Stricto sensu* subsídios para o desenvolvimento do estudo.

A motivação para a elaboração deste protocolo foi compartilhada com os demais profissionais da equipe, mediante a demanda de pessoas com IC na instituição. Além disso, a definição dos participantes da pesquisa foi realizada pela coordenação de cada categoria, a qual elencou os profissionais que atendiam às pessoas com IC e familiares.

5.2.2.4 *Coleta de dados*

Em consonância às propriedades da PCA, a coleta de dados foi realizada de forma a demonstrar o afastamento e a aproximação com a prática assistencial. Desse modo, foi realizada em duas etapas:

5.2.2.4.1 *Primeira etapa: Fundamentação na Literatura*

Previamente, para subsidiar a discussão com os profissionais, foi realizada a revisão integrativa da literatura e a busca nos websites de instituições de referência em cardiologia acerca das orientações necessárias para a alta hospitalar de pessoas com IC e familiares.

A revisão integrativa da literatura, a qual possibilita a análise de múltiplos estudos de forma sistematizada, a síntese dos mesmos e a elaboração de conclusões gerais sobre determinado tema, foi desenvolvida em seis etapas (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008): identificação do tema e seleção da questão da pesquisa; estabelecimento de critérios para a amostragem; categorização dos estudos; avaliação dos estudos; interpretação dos resultados; e síntese do conhecimento.

A questão norteadora da presente revisão foi: “*Quais são as evidências acerca das orientações oferecidas à pessoa com Insuficiência Cardíaca para a continuidade do cuidado após a alta hospitalar?*”.

Para a busca dos dados, foram definidos os termos conforme os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “insuficiência cardíaca”, “alta hospitalar”, “educação em saúde”, “continuidade da assistência ao paciente” e “cuidado transicional”; e conforme o Medical Subject Headings (MeSH): “heart failure”, “patient discharge”, “health education”, “continuity of patient care” e “transitional care”. Foram utilizados também os descritores não-controlados “hospital discharge” e “transitions of care”, os quais estavam descritos em alguns estudos.

A busca dos dados se deu nos meses de setembro e outubro de 2018 nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), National Library of Medicine (PUBMED/MEDLINE), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Web of Science e Scopus.

Optou-se por realizar os cruzamentos utilizando dois descritores por vez, a fim de captar o maior número de artigos. Na base de dados LILACS, foram realizadas as combinações: “insuficiência cardíaca” AND “alta hospitalar”, “insuficiência cardíaca” AND “educação em saúde”, “insuficiência cardíaca” AND “continuidade da assistência ao paciente” e “insuficiência cardíaca” AND “cuidado transicional”. Nas bases de dados internacionais, as combinações foram: “heart failure” AND (“patient discharge” OR “hospital discharge”), “heart failure” AND “health education”, “heart failure” AND “continuity of patient care” e “heart failure” AND (“transitional care” OR “transitions of care”).

Foram incluídos os estudos primários nos idiomas português, inglês e espanhol, publicados de julho de 2013 a setembro de 2018. Procedeu-se à exclusão dos artigos duplicados e, após a leitura dos títulos restantes, à seleção por meio da leitura dos resumos. Optou-se pela exclusão de editoriais, cartas ao editor, teses, dissertações, resenhas, revisões, artigos reflexivos e estudos/relatos de caso. Em seguida, procedeu-se à leitura na íntegra dos estudos selecionados, para definição da amostra.

Após esse refinamento, os artigos selecionados para a análise foram organizados, mediante a identificação e a transcrição dos elementos de interesse, de forma crítica. Foram estabelecidos os dados a serem coletados em instrumento criado pela própria autora: periódico onde foi publicado o estudo; ano de publicação; título do estudo; autoria, profissão e vínculo institucional; objetivos do estudo; método; resultados e conclusão do estudo. Foram coletados, também, os níveis de evidência científica de cada estudo, a fim de conferir maior credibilidade a respeito das informações encontradas, cuja classificação adotada foi Melnyk; Fineout-Overholt, (2019).

Por fim, procedeu-se à categorização, análise e interpretação do material encontrado e, em seguida, à síntese do conhecimento.

Foram identificados, preliminarmente, 5423 títulos, dos quais 1838 foram excluídos por duplicidade. Após a leitura dos títulos e resumos, 120 artigos foram selecionados para leitura na íntegra. Nesta análise, foram excluídos 86 artigos por não responderem à pergunta norteadora, um por ser documento de consenso, um por ser revisão da literatura e um por abordar, especificamente, orientações às pessoas com dispositivo de assistência ventricular. Obteve-se, ao final, a amostra de 31 artigos.

Em seguida, realizou-se uma busca nos *websites* das instituições hospitalares nacionais e internacionais de referência em cardiologia sobre as orientações oferecidas para a alta hospitalar de pessoas com IC e familiares, por meio do *Google*. Foram acessados vários *websites*, no entanto nem todos continham informações referentes às orientações procuradas. Foram selecionados 10 *websites* de instituições de referência em cardiologia, que apresentavam orientações à pessoa com IC e familiares, dos quais seis eram de instituições internacionais e quatro nacionais. Nessa busca, encontraram-se as orientações e os protocolos para a alta hospitalar à pessoa com IC e familiares.

5.2.2.4.2 *Segunda etapa: Aproximação com a prática assistencial*

Foi realizada aproximação com a equipe multiprofissional, por meio de três grupos focais (GF), com o intuito de apreender os cuidados e as orientações oferecidas à pessoa na alta hospitalar, sendo que as discussões foram fundamentadas nos resultados encontrados na revisão integrativa e nas informações contidas nos websites das instituições de referência em cardiologia.

Grupos focais são grupos de discussão de um determinado assunto, com estímulo apropriado para o debate, a fim de obter a construção conjunta da realidade. Por haver trocas, descobertas e participação, caracteriza-se pela interação entre os participantes devido à aproximação. Pontos de vista podem ser confrontados, possibilitando a contextualização de ideias, crenças, valores e conceitos. O GF possibilita a reunião em um só lugar com um número aceitável de participantes, permite entender a relação do grupo com o tema no cotidiano da assistência e fornece resultados rápidos (FLICK, 2009; RESSEL et al., 2008).

Segundo Kinalski et al. (2017), o GF deve ser planejado de forma a atender os critérios de composição, ferramentas e operacionalização das sessões grupais. Para eles, o GF

é uma estratégia indicada para pesquisas que se propõem a compreender as experiências do grupo e a transformar a realidade.

Neste tipo de investigação é necessária a presença de um moderador, cujo papel foi realizado pela pesquisadora. Seguindo os pressupostos de Flick (2009), a moderadora trabalhou com a criação de um clima informal, facilitando a contribuição de todos os membros do grupo com suas experiências e opiniões e impedindo a dispersão dos participantes da questão abordada no GF.

A fim de minimizar as limitações do GF no que diz respeito à identificação dos interlocutores e a diferenciação dos enunciados entre eles, houve a presença de uma observadora previamente instruída pela pesquisadora, em cada grupo, que teve o papel de registrar os momentos de interlocução paralela. O registro das observações foi escrito e devidamente identificado.

Também para a documentação e registro de cada GF, foi utilizada gravação de voz, utilizando-se um Smartphone da marca Apple, modelo SE, de propriedade da pesquisadora e três gravadores da marca Sony. As discussões de cada grupo focal foram exportadas para notebook da marca Samsung e, em seguida, transcritas na íntegra. Após a transcrição, foram identificadas na fala de cada participante a orientação oferecida à pessoa com IC e familiares.

Para participar do estudo, os participantes foram esclarecidos quanto ao objetivo do estudo, o direito de recusa, podendo desistir durante qualquer uma das etapas do desenvolvimento do estudo, após a anuência e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pessoa foi instruída a dizer o seu nome e profissão, a fim de organizar a gravação com os diferentes participantes.

Os GF foram heterogêneos, por considerar que esse formato pode proporcionar a manifestação de diferentes perspectivas quanto à questão da pesquisa (FLICK, 2009). O grupo multidisciplinar pôde promover a interação entre os diferentes profissionais e gerar discussões em relação às orientações à pessoa com IC e familiares.

Foi realizada uma visita prévia ao hospital do estudo, para encontro com os coordenadores das categorias elencadas e definição das datas para realização dos GFs. Após a definição das datas, foram digitalizados os convites individuais com as informações quanto à data e horário do GF e entregues por meio de contato pessoal da pesquisadora com os participantes no ambiente de trabalho, com aproximadamente sete dias de antecedência.

Os GFs foram realizados nos dias 25 e 26 de março de 2019, cujos horários foram previamente definidos junto às coordenações das categorias profissionais elencadas para participar da pesquisa.

O primeiro GF foi realizado no período da manhã do dia 25 de março e contou com a participação de seis pessoas: um farmacêutico, uma nutricionista, uma fisioterapeuta, um psicólogo e duas assistentes sociais, além de uma observadora escolhida pela pesquisadora e esta última no papel de mediadora do grupo.

O segundo GF foi realizado no período da tarde do dia 25 de março, com a participação de seis pessoas: dois médicos, duas fisioterapeutas, uma nutricionista e um farmacêutico, uma observadora e uma mediadora, cujo papel foi realizado pela pesquisadora.

O terceiro GF aconteceu no período da tarde do dia 26 de março, com a participação de quatro pessoas: duas enfermeiras, uma fisioterapeuta e uma assistente social.

A duração média dos GF foi de 48,3 minutos a partir da sinalização da moderadora, de forma que os participantes tiveram tempo para discorrer sobre sua opinião. O primeiro grupo teve duração de 70 minutos, o segundo de 45 minutos e o terceiro de 30 minutos.

Ao iniciar os GFs, a moderadora explicou a funcionalidade da técnica e apresentou como questão disparadora “*Quais orientações você oferece à pessoa com IC e seus familiares para a continuidade do cuidado após a alta hospitalar?*”.

5.2.3 Fase de perscrutação

A fase de perscrutação se refere à investigação rigorosa dos dados coletados para que possa ser demonstrada toda a sua propriedade para tornar reais as mudanças/ inovações (TRENTINI, 2014).

No presente estudo, pode-se considerar que esta fase esteve intimamente relacionada às duas fases da coleta de dados, e para o seu desenvolvimento, foi imprescindível o conhecimento e a vivência da pesquisadora acerca da temática para avaliar a pertinência e a aplicabilidade das orientações à realidade institucional.

Além disso, no decorrer dos grupos focais, a pesquisadora apresentou informações decorrentes da revisão integrativa e dos websites para fomentar a discussão acerca de alguns temas. Por exemplo: no que se refere à sexualidade, tal tema não foi citado nos artigos e foi referenciado de forma incipiente nos websites, sendo lançado para discussão, a fim de buscar a contribuição dos profissionais acerca dessa orientação.

5.2.4 Fase de análise

De acordo com Trentini (2014), a fase de análise na PCA deve seguir quatro passos: apreensão, síntese, teorização e transferência. Neste estudo, esta fase foi cumprida, conforme o exposto:

5.2.4.1 Processo de apreensão

Este passo se inicia com a coleta de informações, cujo pesquisador deve conhecer o contexto da prática assistencial e inserir-se como parte dela para compartilhar as mudanças com os participantes. Além disso, é o momento em que o pesquisador se utiliza de estratégias para organizar as informações em unidades menores, a fim de dar melhor visibilidade às informações (TRENTINI, 2014).

A organização dos dados ocorreu de forma indutiva a partir da leitura aprofundada dos artigos científicos da revisão integrativa, das orientações contidas nos websites das instituições hospitalares e da transcrição dos grupos focais. Mediante a vivência das pesquisadoras no processo de cuidar de pessoas com IC e familiares, optou-se por categorizar as informações conforme a similaridade dos cuidados propostos e, para esse processo, foi utilizada a ferramenta “Revisão” do Programa da Microsoft, com a utilização de marca-textos de diversas cores, de forma a permitir a construção dos temas para a elaboração do protocolo multiprofissional para a alta hospitalar de pessoas com IC e familiares.

5.2.4.2 Síntese

A síntese refere-se à reunião de dados concretos ou abstratos, de forma que o resultado possa demonstrar dados essenciais sobre o fenômeno estudado (TRENTINI, 2014).

A partir da leitura e releitura do material empírico, buscou-se pela similaridade dos dados, o que permitiu a construção dos seguintes temas: doença, sinais e sintomas, tratamento farmacológico, tratamento não-farmacológico, atividade física, sexualidade, atividades de vida diária, recursos existentes, cuidados paliativos, direitos da pessoa com IC e familiares, empoderamento para autonomia e autocuidado.

Os dados da literatura, dos *websites* e dos grupos focais são apresentados nos Quadros 1, 2 e 3, respectivamente Apêndices B, C e D.

5.2.4.3 Processo de teorização

De acordo com Trentini (2014), a teorização é o processo em que ocorre identificação, definição e construção de relações entre um grupo de construtos.

Nesta pesquisa, optou-se por não expandir o processo de investigação em busca de uma teoria, com encerramento na construção da inovação proposta no estudo. Para a construção do protocolo multiprofissional de alta hospitalar às pessoas com IC e familiares, tomou-se o cuidado de avaliar e confrontar todas as orientações obtidas em coleta de dados. Em caso de divergência, o processo decisório ocorreu no sentido de manter o dado da literatura, considerando-se a evidência científica, desde que aplicável à realidade institucional.

Com relação ao modelo de protocolo, optou-se por fundamentar no Guia para Construção de Protocolos do COREN-SP (PIMENTA et al., 2015) e nas Diretrizes Metodológicas para Construção de Diretrizes Clínicas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016).

Conforme o Guia para Construção de Protocolos do COREN-SP (PIMENTA et al., 2015), foram detalhados os elementos para apresentação do protocolo, a saber: a origem, que deve identificar de forma clara a instituição que emite o protocolo; o objetivo, com descrição clara da situação e categoria de pacientes para os quais o protocolo será destinado e também o grupo de profissionais que realizará a implementação; o grupo de desenvolvimento do protocolo; a existência de conflitos de interesse; as evidências científicas que justificam as ações propostas; a proposta de revisão do protocolo; e o fluxograma, que é a representação esquemática do fluxo de informações e ações do protocolo.

As Diretrizes Metodológicas para Construção de Diretrizes Clínicas (BRASIL, 2016) nortearam a construção do presente protocolo no que se refere às etapas a serem seguidas: definição do escopo, definição de fontes e estratégias de busca que atendam à(s) pergunta(s) definida(s), seleção das evidências obtidas, extração das características e resultados principais das evidências, avaliação da qualidade das evidências, elaboração das recomendações a partir da interpretação das evidências e de outras fontes, estruturação do documento com as recomendações e sua fundamentação.

As orientações à pessoa com IC e familiares foram organizadas em quadros, com os temas à esquerda enumerados verticalmente e o detalhamento dos temas no eixo horizontal. Optou-se por essa configuração, a fim de facilitar a visualização e o entendimento pelo profissional de saúde.

A proposta do protocolo criada a partir do levantamento da literatura e dos grupos focais foi devidamente avaliada pelos profissionais da instituição, contexto da investigação.

5.2.4.4 Processo de transferência

A transferência de resultados da PCA se refere à possibilidade de que os mesmos sejam contextualizados e, futuramente, multiplicados. Trentini (2014, p.60) descreve que esse processo na PCA tem o propósito de “acelerar a transformação do conhecimento em instrumentos práticos confiáveis de intervenção na assistência de enfermagem”.

O protocolo foi apresentado aos profissionais da instituição hospitalar onde foi realizado o estudo, para verificar sua exequibilidade à realidade local.

Para isso, foi realizado contato com os coordenadores dos participantes do estudo para solicitar a sua liberação dos profissionais que participaram da coleta de dados para a análise do protocolo.

Em seguida, foi realizado o contato pessoal com os profissionais, com entrega dos convites para participação nos GF, juntamente com um exemplar do protocolo, a fim de possibilitar o contato com o material em tempo hábil para subsidiar a discussão nos GFs.

O convite continha informações quanto ao dia, horário e local onde seriam realizadas as reuniões e anexo o protocolo, ressaltando que a participação do profissional consistia em responder a respeito da manutenção de cada item ou de sua exclusão e também de sua adequação para que o protocolo atenda a realidade da instituição do estudo.

Além disso, solicitou-se que fosse feita uma leitura prévia do protocolo, sendo que a avaliação devia ser norteada pelo seguinte questionamento: “Quais aspectos/orientações são essenciais a serem realizadas na internação à pessoa com IC para que possam ajudar a diminuir as internações?”. Informou-se, ainda, que a reunião posterior, com a equipe multiprofissional, possibilitaria a discussão acerca dos itens contidos no protocolo, no que se refere à opinião dos profissionais sobre a permanência ou não de algum item.

Foram realizados três GFs, cujo início se deu por meio do questionamento a respeito da exequibilidade do protocolo na instituição, o que foi respondido de forma afirmativa pelos 16 participantes.

Foram realizadas as exclusões e adequações no protocolo, conforme as sugestões dos profissionais que participaram das discussões, as quais configuraram a versão final do protocolo.

5.3 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG) com o CAAE 98300918.0.0000.5142, Parecer nº 3.071.413 (ANEXO A). Respeitaram-se os preceitos éticos definidos na Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, assegurando os direitos dos participantes no que se refere ao anonimato, segurança, conforto e autonomia.

Os participantes receberam o TCLE (APÊNDICE A), que esclareceu sobre os riscos e benefícios da participação na pesquisa. Ressalta-se que a participação na pesquisa não trouxe complicações legais, nem riscos à sua integridade física. Os riscos foram mínimos e se relacionavam ao sentimento de exposição e constrangimento frente aos demais profissionais e à instituição. Foi esclarecido que, caso houvesse algum desconforto, a coleta de dados seria interrompida e oferecido apoio pelo pesquisador e, ainda, se necessário, o encaminhamento do profissional ao serviço de apoio da instituição hospitalar onde foi realizado o estudo.

Além disso, garantiu-se o anonimato dos participantes. Na análise das falas da equipe multiprofissional, com a identificação do profissional por meio de siglas, numeradas de acordo com o número de profissionais, a saber: E – enfermeiro; M – médico; F – fisioterapeuta; N – nutricionista; Fa – farmacêutico; P – psicólogo; AS – assistente social.

Os benefícios da participação na presente pesquisa estão relacionados à oportunidade de discutir tema comum e de relevância de sua prática clínica com uma equipe multiprofissional, com o objetivo de promover a reflexão e contribuir na sistematização do processo de alta hospitalar da pessoa com IC e fornecer as orientações adequadas para a continuidade do cuidado.

Importante esclarecer que não houve custo para participação nesta pesquisa, bem como nada foi pago para a participação no estudo.

6 RESULTADOS

6.1 FUNDAMENTAÇÃO NA LITERATURA

6.1.1 Orientações à pessoa com IC e familiares nos artigos incluídos na revisão integrativa da literatura

Em cumprimento ao primeiro objetivo específico, foi realizada uma revisão integrativa da literatura, a fim de identificar as orientações multiprofissionais à pessoa com insuficiência cardíaca e familiares para a continuidade do cuidado após a alta hospitalar.

A partir da análise dos dados, construíram-se os temas e as orientações relativas a cada tema, conforme apresentado no Apêndice B (Quadro 1).

6.1.2 Orientações à pessoa com IC e familiares contidas nos *websites* das instituições de referência em cardiologia

A fim de responder ao segundo objetivo específico, foram identificadas, por meio da busca em *websites* de instituições hospitalares nacionais e internacionais de referência em cardiologia, as orientações multiprofissionais à pessoa com insuficiência cardíaca e familiares para a continuidade do cuidado após a alta hospitalar.

De forma análoga à organização dos dados anteriores, as orientações encontradas foram organizadas em temas e são apresentadas no Apêndice C (Quadro 2).

6.2 ORIENTAÇÕES À PESSOA COM IC E FAMILIARES PELOS PROFISSIONAIS DA INSTITUIÇÃO

O terceiro objetivo específico foi cumprido por meio da realização de três grupos focais, numerados em Grupo Focal 1, 2 e 3, a fim de conhecer as orientações que a equipe multiprofissional da instituição deste estudo realiza para pessoas com IC e familiares durante o período de internação, no preparo para a alta hospitalar.

Após a transcrição das gravações, foram identificadas nas falas as orientações oferecidas pela equipe à pessoa com IC e familiares para a alta hospitalar. Após análise, as orientações foram organizadas em categorias similares às da fundamentação na literatura.

A análise das falas está apresentada no Apêndice D (Quadro 3).

6.3 PROTOCOLO MULTIPROFISSIONAL DE ALTA HOSPITALAR ÀS PESSOAS COM IC E FAMILIARES

O quarto objetivo específico foi respondido pela elaboração do protocolo multiprofissional de alta hospitalar às pessoas com insuficiência cardíaca e familiares (Apêndice E), por meio da convergência das orientações obtidas na revisão integrativa, nos *websites* e nos grupos focais.

Nos casos de divergência entre as orientações apresentadas nos grupos focais e na revisão integrativa, prevaleceram as orientações da revisão com as melhores evidências. Algumas orientações apresentadas nos *websites* e não mencionadas nos grupos focais e na revisão integrativa e aquelas não encontradas nas fontes utilizadas foram incluídas na construção do protocolo pela experiência clínica das pesquisadoras na temática.

7 DISCUSSÃO

7.1 Construção do Protocolo Multiprofissional de Alta Hospitalar às Pessoas com IC e Familiares

7.1.1 Fluxograma

De acordo com Mennuni et al. (2017), a alta hospitalar deve ser um processo planejado e desenvolvido logo após a admissão, com participação ativa da pessoa com IC e familiares. Os autores ressaltaram, ainda, que a alta deve ser o resultado de uma abordagem sistemática e integrada da equipe multiprofissional, com início no processo de avaliação.

Dessa forma, o fluxograma do Protocolo Multiprofissional de Alta Hospitalar às Pessoas com IC e Familiares inicia-se com a avaliação da pessoa com IC pela equipe multiprofissional, de forma a levantar as necessidades individuais para a elaboração das orientações para a alta hospitalar. Foram elencados os profissionais participantes da pesquisa: médicos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos e assistentes sociais, uma vez que trata da realidade institucional.

Em seguida, os profissionais devem proceder às orientações à pessoa com IC e familiares, utilizando as informações elencadas no protocolo, definidas conforme a responsabilidade da categoria profissional.

Após a discussão das orientações com a pessoa/família, conforme as necessidades, o profissional deve registrar em prontuário as orientações oferecidas. O correto preenchimento do prontuário relaciona-se à segurança do paciente, uma vez que facilita o atendimento e auxilia na comunicação entre a equipe. Reitera-se a importância do prontuário como um documento essencial nas situações em que são necessárias explicações de natureza ética ou jurídica envolvendo profissionais e/ou serviços de saúde (CARVALHO, 2016).

No decorrer da internação, o enfermeiro que assiste à pessoa com IC e familiares deve se certificar se foi realizada a orientação pelos profissionais da equipe. Caso não tenha ocorrido a avaliação de algum profissional, deve-se contatá-lo. A definição do enfermeiro para essa tarefa se deve ao fato de o mesmo ser considerado um elo entre os outros profissionais de saúde e a pessoa com IC (PEATE, 2017) e também por ser considerado como profissional facilitador da alta hospitalar (MENNUNI et al., 2017).

Na saída da pessoa com IC do hospital, o enfermeiro deve verificar se a pessoa com IC e familiares compreenderam as orientações oferecidas. Caso não, requer-se que seja feito contato com o(s) profissional(is), conforme a(s) dúvida(s) da pessoa com IC e familiares, para

que as mesmas sejam sanadas. Em seguida, devem ser entregues à pessoa com IC e familiares os documentos, como receitas, orientações, agendamentos e encaminhamentos.

7.1.2 Doença

De acordo com Carrapato; Correia e Garcia (2017), a ocorrência de problemas de saúde e de riscos à população pode ser influenciada por inúmeros fatores, dentre eles os sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais. É importante refletir que isso é válido para o entendimento dos cuidados em saúde, em especial no que se refere às orientações para continuidade do cuidado após internação hospitalar.

Ressalta-se a importância de oferecer informações a respeito da doença, já que, muitas vezes, não há entendimento da mesma, com interpretações errôneas ou associação de sua causa a eventos ou circunstâncias anteriores. Além disso, por vezes, não há compreensão da natureza crônica da doença, tendo em vista alguns relatos de crença na cura ou no retorno a uma vida normal por parte de pessoas com IC (NAMUKWAYA et al., 2017).

Profissionais de saúde que participaram de um estudo na China descreveram que os pacientes com IC devem ser informados sobre a progressão da doença e sobre o estado grave e incurável de sua condição (YU et al., 2016). Acredita-se que a educação em saúde que inclua os aspectos relativos à doença, às etiologias que a causam e como afeta a saúde pode efetivamente melhorar os resultados, em particular se as informações forem oferecidas em um livreto adaptado às necessidades dos pacientes, associado ao acompanhamento telefônico (YU et al., 2015).

Faz-se necessário, sobretudo, que as orientações sejam oferecidas com linguagem apropriada, com foco no nível sócio-econômico-cultural da pessoa com IC e familiares. Espera-se que as ações de autocuidado sejam realizadas por todas as pessoas, no entanto, as mesmas são influenciadas pelo modo como as pessoas compreendem e vivenciam o processo de adoecer, o que torna fundamental as interações com os profissionais de saúde e o acompanhamento longitudinal.

Estudo realizado por Regalbuto et al. (2014) demonstrou que pessoas com nível educacional mais baixo tiveram uma probabilidade três vezes maior de serem reinternadas do que aquelas com nível universitário e eram mais propensas a ter pior compreensão das orientações na alta hospitalar. Com base nesses resultados, os autores sugerem que as pessoas com menor conhecimento em saúde podem ser beneficiadas com uma abordagem adaptada no processo de alta, o que impacta na redução das readmissões.

Além disso, algumas instituições hospitalares de referência em cardiologia oferecem, em seus *websites*, orientações descritas com palavras apropriadas, utilizando linguagem clara e simples a respeito do que é a IC, sua natureza crônica e as possíveis etiologias (NEW YORK PRESBITERIAN HOSPITAL, 2019; CLEVELAND CLINIC, 2019; UCSF Health, 2019; MOUNT SINAI, 2018; MAYO CLINIC, 2017; HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, 2016).

Nessa mesma lógica, percebeu-se nas falas dos médicos que participaram da coleta de dados, a necessidade de explicar à pessoa com IC e familiares a doença e a sua causa. Ademais, como mencionado pelo psicólogo, é importante que a pessoa entenda o que a fez adoecer, a fim de que comportamentos inadequados não sejam repetidos e que possam ser captadas, de forma apropriada, as orientações fornecidas para o manejo da doença.

Os profissionais de saúde precisam reconhecer que o grau de escolaridade, a cultura e o acesso aos serviços de saúde influenciam nos modos como a pessoa compreende, vive e lida com a doença.

Desse modo, Wottrich et al. (2015) ao explorarem os significados atribuídos à doença cardíaca por pacientes pré-cirúrgicos, perceberam que a doença cardíaca, em algumas situações, é confrontada pelo saber popular, por não haver, muitas vezes, sinais físicos que indiquem a problemática, provocando impotência e despersonalização. Em outros casos, percebe-se a negação da doença cardíaca pela possibilidade de suas limitações e, assim, continuam as atividades diárias de forma a tentar provar para si mesmo que não houve modificação em suas vidas.

A compreensão de que a doença é um processo crônico e a adesão ao tratamento é essencial, favorecem a evolução e o prognóstico da doença (TADDEO et al., 2012). Nesse sentido, para a construção das orientações referentes à doença, ressaltou-se a sua natureza crônica e a sua gênese, de modo a permitir à pessoa e aos familiares melhor entendimento sobre as mudanças que poderão ocorrer em suas vidas e favorecer o autocuidado. Acredita-se que, por meio dessas orientações, a pessoa com IC e familiares poderão perceber as suas necessidades para se adequar à terapêutica, de forma que possam dar seguimento no cuidado.

Essas orientações foram apontadas no grupo focal como de competência dos médicos e dos enfermeiros.

7.1.3 *Complicações da insuficiência cardíaca – sinais de alerta*

Embora as orientações a respeito da doença e de seus sinais e sintomas devam ser elaboradas, conforme o nível de compreensão da pessoa com IC e familiares, a literatura não explora o conteúdo a ser abordado.

Souza e Queluci (2014) destacaram a importância de oferecer as orientações sobre os sinais e sintomas, o que coaduna com o posicionamento dos enfermeiros que participaram do presente estudo, com destaque para os sinais de piora e descompensação da doença, embora não tenham mencionado o conteúdo das orientações.

O mesmo foi identificado por David et al. (2018), ao realizarem uma revisão retrospectiva dos prontuários para analisar o conteúdo das instruções escritas pelos enfermeiros e médicos. Os resultados do estudo demonstraram que a maioria dos pacientes foi instruída a monitorar os sintomas gerais de agravamento da doença e a busca por cuidados, mas houve variabilidade na especificação da mensagem. Além de serem utilizados, na maioria das vezes, termos genéricos e técnicos, as orientações não traziam o passo-a-passo para o manejo dos sintomas e, por conseguinte, o que fazer na percepção de piora da doença. Torna-se fundamental repensar na maneira como as orientações são formuladas e disponibilizadas.

No que se refere à abordagem de sinais e sintomas da IC especificamente, Laskey et al. (2015) e Habal et al. (2014) avaliaram a associação entre a frequência cardíaca de pessoas com IC na alta hospitalar e a mortalidade ou a readmissão. Constatou-se a importância da pessoa com IC e familiares estarem atentos para o controle da frequência cardíaca, a despeito das medicações utilizadas para o controle da mesma.

Com relação ao edema, Stevenson et al. (2015) e Tsai et al. (2014) deixaram claro que é necessário esclarecer à pessoa com IC sobre a importância e o propósito da pesagem diária para reconhecimento do quadro de descompensação, uma vez que tal estratégia pode direcionar as ações, como o contato com o serviço de saúde e/ou médico, em caso de alterações no peso.

Algumas instituições de referência em cardiologia descrevem, de forma detalhada e clara, as orientações a respeito dos sinais e sintomas da IC, inclusive o motivo da ocorrência dos mesmos e informações que se referem aos sinais de descompensação da doença. Foram encontradas, por exemplo, orientações quanto à observação de sinais de plenitude gástrica e sua causa, quanto ao aumento na pressão venosa jugular, quanto às alterações que podem ocorrer no padrão urinário e no nível de consciência, dentre outras (NEW YORK PRESBITERIAN HOSPITAL, 2019; CLEVELAND CLINIC, 2019; MOUNT SINAI, 2018). Destaca-se a importância de serem utilizados termos de fácil entendimento, como “...*veias do*

pescoço que se projetam...” ou *“os pacientes podem sentir uma vibração no coração...”* (UCSF HEALTH, 2019; MOUNT SINAI, 2018).

A importância do reconhecimento dos sinais e sintomas da IC também foi citada nos grupos focais, com destaque para as orientações acerca do controle do edema, da ocorrência de cansaço, dispneia, tosse e sensação de plenitude gástrica. Alguns sinais e sintomas não foram abordados pela equipe multiprofissional.

Ressalta-se, assim, a importância de esclarecer às pessoas com IC e familiares sobre os sinais e sintomas da doença, para que possam gerir o autocuidado, e em que situações se deve procurar um serviço de saúde. É importante descrever ainda que, apesar de alguns sinais e sintomas, como cianose e constipação, não terem sido citados na coleta de dados, considerou-se pertinente a inclusão no presente protocolo, tendo em vista que, na IC, os mesmos podem ocorrer devido ao suprimento ineficaz de sangue para os órgãos e tecidos.

Considera-se que as orientações a respeito dos sinais e sintomas da IC deverão ser realizadas pelos médicos e/ou enfermeiros, incluindo o fisioterapeuta no que se refere à dispneia e o nutricionista no que se refere à plenitude gástrica.

7.1.4 Tratamento farmacológico

A aderência ao tratamento farmacológico de doenças crônicas é dependente de diversos fatores, incluindo a idade, a escolaridade, a presença de mais de uma doença crônica, o gasto com a saúde, o número de medicações em uso diariamente, dentre outros (TAVARES et al., 2016). O I Registro Brasileiro de Insuficiência Cardíaca demonstrou que a má aderência medicamentosa, a ocorrência de infecções e o controle inadequado da ingestão de sódio e líquidos foram os maiores responsáveis por descompensação de IC na população estudada (ALBUQUERQUE et al., 2015).

Bonderski et al. (2018) desenvolveram uma ferramenta fundamentada no Modelo de Conhecimento de Processo, na qual foram criadas instruções gerais para todas as classes de medicamentos utilizando-se palavras curtas e frases menos complexas, para instrução às pessoas com IC sobre as medicações prescritas e, em seguida, conduziram um ensaio clínico randomizado, cujos resultados mostraram maior adesão aos medicamentos, redução de custos e satisfação do paciente.

Outro estudo apontou que o entendimento das instruções de alta pelas pessoas com IC foi limitado, principalmente no que se refere aos medicamentos. Apesar de ter sido permitido que os pacientes revisassem as instruções de alta para responder à pesquisa, poucos

nomearam corretamente seus medicamentos prescritos, devido à confusão com a linguagem médica e com as informações contidas no sumário de alta (REGALBUTO et al., 2014).

É possível que tais problemas sejam minimizados por meio da oferta de instruções escritas, com linguagem de fácil entendimento, que enfatizem o nome das medicações, a dose, a via e o horário adequados para administração, as indicações e as possíveis reações adversas (YU et al., 2016; SOUZA, QUELUCI, 2014).

Ademais, conforme descrito nos websites de algumas instituições de referência em cardiologia (CLEVELAND CLINIC, 2019; UW MEDICINE, 2019; MOUNT SINAI, 2018), é necessário que a pessoa com IC e familiares sejam orientados quanto à não-utilização de ervas e outros tipos de medicamentos, além de não pausar o tratamento, sem a ciência do médico, demonstrando que os medicamentos podem contribuir com a melhoria dos sintomas, além de evitar a piora da condição, diminuindo a procura por pronto-atendimento e as reinternações.

É necessário salientar, ainda, a questão da polifarmácia, a qual está aumentando globalmente, em particular nas regiões com prevalência de doenças crônicas, com repercussão na ocorrência de reações e interações entre os fármacos e, também, na sobrevida das pessoas (REZENDE et al., 2019).

Salienta-se, assim, a importância de ser esclarecido à pessoa com IC e familiares os motivos pelos quais está sendo prescrito cada medicamento, conforme destacado por uma das médicas que participou da coleta de dados. Tal atitude pode colaborar na compreensão da pessoa e dos familiares acerca do tratamento farmacológico, evitando o abandono ao tratamento. No que se refere à possibilidade de reações e interações entre os medicamentos, uma farmacêutica destacou que é de suma importância a conferência da prescrição e da reconciliação medicamentosa.

A partir desse entendimento, para a elaboração do item referente ao tratamento farmacológico, consideraram-se as orientações que abordaram as explicações sobre os medicamentos e a sua utilização, os possíveis efeitos colaterais e a importância da reconciliação medicamentosa. Foram incluídas orientações sobre a necessidade de lembretes para os horários dos medicamentos, a identificação dos mesmos em caso de analfabetismo e a organização das medicações de forma que facilite a observação rotineira da quantidade de medicamentos disponíveis em casa.

Acredita-se que o entendimento correto quanto aos medicamentos prescritos na alta hospitalar, por parte da pessoa com IC e familiares, poderá favorecer a continuidade do cuidado e minimizar eventos posteriores à internação.

Considerou-se que as orientações a respeito do tratamento farmacológico devem ser realizadas por médicos e farmacêuticos.

7.1.5 Tratamento não-farmacológico

É oportuno salientar que somente a atenção ao tratamento farmacológico não é suficiente para garantir que a pessoa com IC fique livre de sintomas e consiga realizar suas atividades de forma satisfatória. De acordo com Yu et al. (2016), Souza e Queluci (2014), é importante considerar as quantidades de líquido e de sódio a serem ingeridas, assim como o abandono dos hábitos de fumar e de ingerir bebidas alcoólicas.

É importante que a pessoa com IC entenda o motivo das restrições na alimentação e na ingestão de líquidos e, principalmente, como deve ser feito o manejo para verificar se são necessárias adequações no tratamento não-farmacológico. A estratégia de pesar diariamente pode auxiliar no controle de ganhos e perdas, uma vez que o edema demonstra o acúmulo de líquido e se torna visível por meio de uma balança (YU et al., 2015; REGALBUTO et al., 2014).

O estudo de Hamada et al. (2018) corrobora com a relevância do tratamento não-farmacológico, ao demonstrar que houve alta taxa de reinternação entre octagenários com IC que apresentavam desnutrição. Assim, considera-se que a orientação nutricional deve ser realizada individualmente, de forma que sejam atendidas todas as necessidades da pessoa com IC.

A fim de guiar integralmente a pessoa com IC na terapêutica não-medicamentosa, Souza e Queluci (2014) descreveram que as orientações devem contemplar a necessidade de vacinações contra influenza e pneumococo e a verificação periódica da glicemia e da pressão arterial em pessoas com diabetes e hipertensão arterial, respectivamente.

Salienta-se que as orientações referentes ao tratamento não-farmacológico encontradas nos *websites* das instituições de referência em cardiologia corroboraram com os achados dos artigos científicos e possibilitaram a complementação do tema em questão. Destacam-se as explicações acerca sódio e a importância de controlar a sua ingestão, por meio da leitura de rótulos dos produtos e da limitação de consumo de *fast-foods* e alimentos prontos e congelados. Acrescenta-se a relevância de esclarecer sobre os alimentos considerados líquidos, como pudins, gelatinas, sorvetes e outros, que devem ser ingeridos com parcimônia pela pessoa com IC (NEW YORK-PRESBITERIAN HOSPITAL, 2019; UW MEDICINE, 2019; CLEVELAND CLINIC, 2019; MOUNT SINAI, 2018).

A equipe multiprofissional participante da coleta de dados também ressaltou a importância das pessoas com IC e seus familiares serem orientados a respeito da alimentação, incluindo a ingestão fracionada de alimentos e a realização de refeições leves, principalmente no jantar. Além disso, os profissionais abordaram a importância da ingestão de alimentos saudáveis, ressaltando que o plantio de hortas caseiras para utilização de temperos naturais pode ser uma boa alternativa para o abandono de temperos prontos que contêm muito sódio. Quanto ao manejo da ingestão de líquidos, uma nutricionista relatou que orienta a pessoa com IC e familiares a utilizarem copos com graduação em mililitros, que pode ser uma estratégia eficaz para o controle da quantidade de líquidos a ser ingerida em 24 horas.

As orientações descritas acima foram organizadas para inclusão no presente protocolo, considerando-se a relevância de abordar aspectos referentes à alimentação, ao controle de líquidos e ao abandono do tabagismo e do consumo de bebidas alcoólicas. Além disso, considerando-se que a IC, assim como outras doenças crônicas caracterizam-se pela ocorrência de multimorbidades, foram incluídas as orientações a respeito dos cuidados necessários para prevenção de outros agravos, como a avaliação e acompanhamento da saúde bucal e a vacinação, conforme a necessidade.

Considera-se que as orientações a respeito do tratamento não-farmacológico devem ser de responsabilidade dos médicos, enfermeiros, nutricionistas e farmacêuticos.

7.1.6 Exercícios/Atividades físicas

Encontrou-se na revisão integrativa somente um artigo que abordava os aspectos referentes à realização de exercícios e atividades físicas. De acordo com Suna et al. (2015), a realização de exercícios físicos com a supervisão de um profissional provoca efeitos benéficos na qualidade de vida, em particular na qualidade do sono.

No entanto, algumas orientações encontradas nos *websites* das instituições de referência em cardiologia deixam claro que as atividades “pesadas” devem ser evitadas, consideram relevante discutir com o médico a respeito do assunto e valorizam a procura por um serviço de reabilitação cardíaca para acompanhamento (NEW YORK-PRESBITERIAN HOSPITAL, 2019; CLEVELAND CLINIC, 2019; UCSF HEALTH, 2019; MOUNT SINAI, 2018).

Nos grupos focais, constatou-se a dualidade a respeito da realização de exercícios e atividades físicas. Alguns profissionais consideravam que a pessoa com IC pode realizar exercícios físicos, sem esforço. Os fisioterapeutas, no entanto, acreditam que tal orientação só

deve ser feita após a avaliação do médico e prezam o papel das clínicas de reabilitação cardíaca.

Assim, para o presente protocolo, optou-se por considerar que os profissionais de saúde aptos a orientar a respeito das atividades e exercícios físicos são os fisioterapeutas e os médicos, aconselhando quanto à realização dos exercícios respiratórios com material apropriado entregue na alta hospitalar e à realização de exercícios físicos, sob supervisão de um profissional ou em centro de reabilitação cardíaca, conforme a necessidade.

De acordo com a Diretriz de Reabilitação Cardíaca, a reabilitação cardíaca, quando adequadamente conduzida, pode ser segura e com bom custo-efetividade. Considera-se que os programas de reabilitação cardíaca podem reduzir mortalidade, no entanto, a cada sessão de exercícios, deve-se atentar para a detecção de sinais e sintomas de descompensação da doença, como o aumento do peso corporal que sugere a ocorrência de congestão pulmonar (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2005).

É importante salientar que o médico assistente, ao julgar prudente o encaminhamento da pessoa com IC ao programa de reabilitação, deverá, conforme necessário, contatar o médico responsável pelo programa de reabilitação cardíaca e tomar as providências necessárias para o encaminhamento adequado (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

7.1.7 Atividades de vida diária

As pessoas com IC e, particularmente, aquelas em estágios mais avançados possuem pior prognóstico em relação à população em geral (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2018). Há que se ressaltar que “estar funcionalmente comprometido” pode estar associado a ações inadequadas de autocuidado, as quais envolvem as diversas atividades no enfrentamento da doença, inclusive o engajamento na terapêutica proposta, nas atividades laborais e de lazer, dentre outras (COCCHIERI et al., 2015).

Nesse sentido, é importante oferecer subsídios à pessoa com IC, a fim de que tenha a segurança em realizar atividades de forma similar ao período anterior à doença ou em adaptar às tarefas conforme a necessidade de sua nova condição.

De acordo com Ulin et al. (2015), o paciente deve ser visto como membro competente para o planejamento dos cuidados. Os cuidados oferecidos, conforme o Modelo Centrado no Paciente, demonstraram que a parceria estava em foco desde o início, facilitando a identificação das necessidades do paciente e recursos para auxiliá-lo. Houve a coleta de

informações sócio-demográficas e de saúde, mas também de informações a respeito da percepção do paciente sobre a situação em casa e suas atividades de vida diária.

As atividades de vida diária são particulares e, por isso, torna-se necessária a abordagem de acordo com as necessidades de cada pessoa. Dessa forma, os websites das instituições de referência em cardiologia permitiram a identificação de orientações referentes às diversas atividades diárias, como a importância de dormir o suficiente à noite, tirar tempo para sonecas durante o dia, as modificações na residência para facilitar a movimentação e prevenir quedas, a adaptação na utilização de escadas, o planejamento de viagens e passeios etc. (CLEVELAND CLINIC, 2019; UCSF HEALTH, 2019; MOUNT SINAI, 2018).

Os depoimentos dos profissionais nos grupos focais também consideraram a importância de incentivar a realização de atividades, porém, de acordo com os limites de cada pessoa e com as necessidades de adaptação. O psicólogo do grupo destacou que é relevante trabalhar o empoderamento da pessoa com IC para que ela possa realizar suas atividades e batalhar para o suprimento de suas necessidades.

Diante das orientações encontradas a respeito das atividades de vida diária, realizou-se a organização das mesmas para compor o tema em questão.

Considerou-se que as orientações referentes às atividades de vida diária devem ser realizadas pelos médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e assistentes sociais.

7.1.8 Atividade sexual

Na revisão integrativa não foram encontradas orientações acerca da sexualidade das pessoas com IC. Da mesma forma, poucos *websites* das instituições de referência em cardiologia traziam informações a respeito do assunto, os quais alertavam sobre a importância de conversar com o médico quanto ao retorno à vida sexual após a internação e de manter uma relação respeitosa com o(a) parceiro(a), procurando por maneiras de demonstrarem o afeto (CLEVELAND CLINIC, 2019; MOUNT SINAI, 2018; MAYO CLINIC, 2017).

Os profissionais que participaram dos grupos focais demonstraram que o mais comum é a não-abordagem da sexualidade como orientação para a alta hospitalar da pessoa com IC.

No entanto, de acordo com Abreu e Souza et al. (2019), o impacto da IC e as modificações na vida podem gerar dificuldades na adaptação, devido à necessidade de adequar as atividades de acordo com as limitações impostas pela doença. Um dos aspectos importantes citados pelas pessoas com IC participantes do estudo foi a disfunção sexual, muitas vezes causada pelos medicamentos, pela sobrecarga psicológica e pela fadiga.

Nesse sentido, optou-se por incluir no presente protocolo orientações que direcionem o profissional de saúde para a verificação do quanto a sexualidade se constitui numa preocupação para a pessoa com IC e, em seguida, para a orientação quanto ao retorno às atividades sexuais de acordo com as condições clínicas. Ressaltou-se, também, quanto à relevância de conversar com o(a) parceiro(a) a respeito da sexualidade.

É válido destacar que a disfunção sexual pode ser um importante marcador de outras doenças (ABREU E SOUZA et al., 2019). Além disso, acredita-se que tais orientações são de grande valia para a assistência integral à pessoa com IC e familiares.

Considerou-se que as orientações referentes à sexualidade devem ser realizadas pelos médicos, enfermeiros e psicólogos.

7.1.9 Recursos existentes

O agendamento de consulta pós-alta foi encontrado em artigos na revisão integrativa como ótima estratégia para acompanhamento das pessoas com IC, principalmente no período mais vulnerável da doença. No entanto, não houve consenso sobre o prazo mais adequado para a realização dessa consulta (PATEL et al., 2017; HOOVER et al., 2017; SALEM et al., 2017; BREATHETT et al., 2017; MCALISTER et al., 2016; EASTWOOD et al., 2016; YU et al., 2015; WARDEN et al., 2014; MCBRIDE et al., 2014; MCALISTER et al., 2013).

Embora não tenha sido possível encontrar o consenso acerca do prazo para a realização da consulta pós-alta da pessoa com IC, sugere-se que a mesma seja realizada entre sete e 14 dias após a alta, não ultrapassando o prazo de 30 dias (HOOVER et al., 2017; MCALISTER et al., 2016; EASTWOOD et al., 2016; WARDEN et al., 2014; MCALISTER et al., 2013).

Além disso, para contribuir com melhorias no acompanhamento pós-alta, pode-se recorrer ao agendamento de consultas próximo à residência da pessoa com IC e providenciar maneiras de que a mesma ou seus familiares sejam lembrados quanto ao dia e ao horário da consulta agendada (BREATHETT et al., 2017).

É necessário considerar que, para garantir o acompanhamento da pessoa com IC, deve existir uma comunicação coerente entre os diversos níveis de complexidade. A fim de colaborar para a desfragmentação dos serviços de saúde e capacitar o paciente, os cuidadores e familiares para um cuidado mais ativo, pode-se investir na elaboração de um cartão de identificação da pessoa com IC, com informações sobre o último ecocardiograma realizado, a fração de ejeção e a função do ventrículo esquerdo. Este dispositivo foi utilizado em um projeto de auditoria para melhoria de um serviço de saúde na Inglaterra e teve resultados

positivos na continuidade dos cuidados, principalmente no que se refere à segurança, eficácia, oportunidade e equidade no tratamento (McBRIDE et al, 2014).

Da mesma forma, as orientações encontradas nos *websites* das instituições de referência em cardiologia demonstraram a importância do acompanhamento após a alta hospitalar, com enfoque na assistência multiprofissional. Além disso, foram citadas orientações a respeito de se organizar uma lista dos medicamentos em uso ou, na inexistência da mesma, levar os frascos ou caixas dos medicamentos para as consultas (CLEVELAND CLINIC, 2019; NEW YORK-PRESBITERIAN HOSPITAL, 2019; UCSF HEALTH, 2019; HCOR, 2017).

Quanto às orientações relatadas pelos profissionais no grupo focal, pôde-se evidenciar que algumas estavam relacionadas ao encaminhamento da pessoa com IC para a reabilitação cardíaca, apesar da burocracia no processo de solicitação. Além disso, foi citado o encaminhamento para a Unidade de Pronto Atendimento de Saúde Mental ou para Centro de Atenção Psicossocial, em casos de necessidade de acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico.

Percebeu-se também a atuação do serviço social na orientação quanto aos retornos após a alta hospitalar ao ambulatório do hospital para as consultas com os cardiologistas ou às outras unidades de saúde da cidade. As assistentes sociais descreveram que orientam as pessoas com IC e familiares sobre o acesso às medicações prescritas, especialmente em casos que necessitam de processo para a prefeitura local. Deixaram claro que procuram oferecer orientações detalhadas que forneçam à pessoa com IC e familiares subsídios para o seguimento das atividades e que se colocam à disposição para dirimir quaisquer dúvidas após a alta hospitalar.

Considera-se de extrema relevância que a pessoa com IC e familiares tenham ciência dos recursos disponíveis, principalmente públicos, para a continuidade do cuidado após uma internação hospitalar. Nesse sentido, foram incluídas, nesse item, as orientações referentes ao acompanhamento após a alta do hospital, considerando-se o período de 14 dias para a realização da primeira consulta.

Além disso, optou-se por orientar quanto à utilização de um cartão de identificação da pessoa com IC, com registro do peso seco e da frequência cardíaca no dia da alta hospitalar, da fração de ejeção, das medicações em uso e do contato telefônico. Acredita-se que, além de favorecer o empoderamento da pessoa com IC quanto ao entendimento da doença, o cartão de identificação poderá facilitar a comunicação entre os diferentes níveis de atenção à saúde (Figuras 1 e 2).

Figura 1 – Cartão de identificação (frente)

The image shows the front of a rectangular identification card with a green border. At the top, the title "Tenho Insuficiência Cardíaca" is written in a bold, serif font. Below the title, there are four lines of text for data entry: "NOME: _____", "CONTATO: (____) _____", "PESO SECO: _____ Kg", and "FC média: _____ bpm". To the right of the text, there is a red anatomical illustration of a human heart.

Fonte: da autora.

Figura 2 – Cartão de identificação (verso)

The image shows the back of the identification card, which is a rectangular white area with a green border. At the top, the text "MEDICAÇÕES EM USO:" is written in a bold, serif font. Below this text, there are ten horizontal lines for listing medications.

Fonte: da autora.

Considerou-se que as orientações a respeito dos recursos existentes para a continuidade do cuidado devem ser fornecidas por todos os profissionais da equipe.

7.1.10 Cuidados paliativos

No que se refere às orientações para os cuidados paliativos, somente um estudo demonstrou considerações a respeito do assunto. O'Donnell et al. (2018) descreveram a necessidade da pessoa com IC e familiares de serem orientados quanto ao prognóstico, visto que, muitas vezes, pode haver discrepância entre a estimativa do médico e a crença da pessoa

quanto à expectativa de vida. Além disso, ressaltaram a importância da participação do serviço social nas discussões acerca da paliatividade e, em alguns casos, do médico paliativista, com possível melhoria na comunicação entre o médico e a pessoa com IC a respeito das questões de fim de vida.

Da mesma forma, há escassez de informação nos *websites* das instituições de referência em cardiologia. Destacam-se as orientações acerca da importância de que a pessoa com IC esclareça aos profissionais de saúde e aos familiares as suas preferências de atendimento, podendo, inclusive, disponibilizar documentos, como as Diretivas Antecipadas de Vontade, que possam informar a todos os envolvidos no cuidado quais são os desejos da pessoa nesse momento da vida (CLEVELAND CLINIC, 2019).

Os profissionais que participaram dos grupos focais destacaram que o ponto-chave para os cuidados paliativos são orientações para os familiares quanto à manutenção do conforto da pessoa com IC, como a realização de massagens, a mudança de decúbito, a permissão de atividades conforme a vontade da pessoa e a liberação de alimentos que a pessoa deseja comer. Ademais, o psicólogo descreveu sobre a importância de estimular o diálogo entre os familiares e a pessoa com IC, no sentido de expressar os sentimentos.

Nesse sentido, para a composição do item referente aos cuidados paliativos, considerou-se relevante incluir as orientações a respeito da participação da pessoa com IC na tomada de decisão quanto aos cuidados e na possibilidade de disponibilizar, por escrito, suas preferências de atendimento. Além disso, considerou-se crucial abarcar os aspectos da referência-contrarreferência da pessoa com IC em cuidados paliativos.

Considera-se que as orientações a respeito dos cuidados paliativos devem ser fornecidas por todos os profissionais da equipe.

7.1.11 Direitos da pessoa com IC e familiares

A incapacidade e as limitações provocadas pela IC podem dificultar a realização de atividades em diversos âmbitos da vida da pessoa. Além disso, a IC está associada, muitas vezes, à existência de sintomas depressivos e de ansiedade (LOKKER et al., 2016).

A idade avançada, o baixo nível educacional, as múltiplas hospitalizações e também o desemprego e a situação econômica ruim podem estar associados à baixa qualidade de vida e aos altos níveis de ansiedade e depressão. Pode-se dizer que a incorporação de orientações, intervenções ou estratégias que promovam um atendimento holístico à pessoa com IC, incluindo as necessidades sociais e financeiras, poderia oferecer mais confiança e segurança

nos serviços de saúde, com consequência no enfrentamento da doença (AGGELOPOULPOU et al., 2017).

Apesar disso, pouco foi encontrado acerca das orientações que podem ser oferecidas à pessoa com IC e seus familiares no que se refere aos seus direitos.

Hoover et al. (2017) e Ulin et al. (2015) concordaram que, para um planejamento adequado das ações, a pessoa com IC deve participar das tomadas de decisão acerca dos cuidados, o que os torna confiantes em sua capacidade de gerenciar a doença. Além disso, os autores citaram a importância de envolver o cuidador no plano de tratamento nos casos em que ele é necessário.

Soma-se a isso, a necessidade de que a pessoa com IC e seus familiares estejam esclarecidos quanto às possibilidades de tratamento. Destaca-se a importância da comunicação entre profissional e paciente/familiares, particularmente no que se refere às preferências de final de vida. Um estudo piloto demonstrou que a preferência do paciente era estar ciente da expectativa de vida limitada e que a participação do assistente social nas conversas a respeito de cuidados paliativos foi benéfica, com melhoria na comunicação em torno das preocupações do fim da vida (O'DONNELL et al., 2018; YU et al., 2016).

Deve-se considerar, ainda, a quantidade de informações que devem ser captadas durante uma internação hospitalar e, além disso, colocá-las em prática no domicílio. Por isso, há que se pensar no direito da pessoa com IC e familiares em receber material por escrito, com linguagem simples e orientações disponibilizadas de maneira didática e, porventura, lúdica, adequada ao nível sócio-econômico-cultural da pessoa. Supõe-se que tais ferramentas podem dirimir eventuais dúvidas e possibilitar o manuseio em horários e locais em que for necessário (YU et al., 2016; YU et al., 2015; LIOU et al., 2015).

Nos *websites* das instituições de referência em cardiologia, percebeu-se a existência de orientações referentes à inclusão de um acompanhante, tanto nas consultas após a alta hospitalar quanto nas atividades realizadas em casa (NEW YORK-PRESBITERIAN HOSPITAL, 2019; UCSF HEALTH, 2019).

Foram identificadas, também, informações quanto à importância de conversar com o médico sobre o tipo de trabalho executado pela pessoa com IC e se haverá necessidade de alterações após a alta hospitalar (CLEVELAND CLINIC, 2019). Além disso, despertam a atenção para o papel do serviço social na identificação e intervenção referentes às questões sociais da pessoa com IC e familiares, incluindo a efetivação de seus direitos (INC, 2018).

Os profissionais do presente estudo corroboram com esta questão ao enfatizarem a importância de se fornecer orientações para o familiar, além da pessoa com IC, especialmente

nos casos em que é evidenciada dificuldade na adesão ao tratamento. Ademais, foi abordado que a oferta de informações durante a internação, e não somente no dia da alta hospitalar, pode favorecer a sua compreensão. Acrescenta-se a isso a elaboração de orientações individualizadas, de acordo com o nível sócio-econômico da pessoa com IC e familiares.

As assistentes sociais destacaram a sua participação no que se refere aos direitos da pessoa com IC quanto ao acesso aos medicamentos oferecidos pelo governo e à concessão de benefícios e que oferecem informações detalhadas quanto à resolução das questões sociais. Esclareceram, ainda, que, ao perceberem que estão diante de uma pessoa com dificuldade de compreensão, entram em contato com os familiares para o comparecimento em uma próxima consulta para maiores esclarecimentos.

Diante do exposto, para o presente protocolo, considerou-se pertinente incorporar as orientações que se referem ao acesso gratuito aos medicamentos ou à aquisição com baixo custo, tanto em farmácias das unidades de saúde quanto nas chamadas “farmácias populares”. Julgou-se essencial, também, a inclusão de orientações acerca do retorno ao trabalho e das adaptações que podem ser necessárias após a alta hospitalar. Além disso, não poderiam ser excluídas as informações acerca dos direitos aos benefícios concedidos pelo governo, a fim de minimizar quaisquer problemas que possam influenciar na continuidade do cuidado.

Considerou-se que a equipe multiprofissional é responsável por oferecer as orientações a respeito dos direitos da pessoa com IC e familiares.

7.1.12 Empoderamento para autonomia e autocuidado

Constatou-se somente um estudo sobre a participação da pessoa com IC nos cuidados. De acordo com Yu et al. (2015), as atitudes da pessoa com IC com relação à doença pode ser um fator que dificulta a compreensão de informações.

Os autores afirmaram, ainda, que o tratamento farmacológico, por si só, não é suficiente, sendo essencial o envolvimento da pessoa no que se refere à atenção à sua doença, ao bom relacionamento com os profissionais de saúde, por meio da confiança, ao controle do seu temperamento, à obediência à prescrição médica e ao cuidado com os documentos relacionados à sua saúde.

Os *websites* das instituições de referência em cardiologia não continham informações que pudessem contribuir para a conformação deste tema.

Os profissionais de saúde, por sua vez, demonstraram que incentivam a participação da pessoa com IC nos cuidados, particularmente no que se refere ao entendimento das orientações que lhe foram fornecidas. De acordo com um enfermeiro e um psicólogo,

acredita-se que, ao ouvir da própria pessoa as orientações que já recebeu, é possível elaborar de forma mais direcionada a oferta de outras informações, conforme a necessidade.

Assim, a conformação do tema referente ao empoderamento para autonomia e autocuidado se deu por meio da elaboração de orientações que pudessem incentivar a pessoa com IC e familiares no retorno às atividades, bem como na busca pelo seguimento nas consultas e outros encaminhamentos após a alta hospitalar. Além disso, buscou-se ressaltar a importância de seguir corretamente o tratamento, no intuito de obter melhoria na qualidade de vida.

Considera-se que o empoderamento da pessoa com IC e familiares para a continuidade do cuidado deve ser estimulado por todos os profissionais da equipe.

7.2 Avaliação do protocolo pelos profissionais da instituição

Em cumprimento às etapas da PCA, o Protocolo multiprofissional para alta hospitalar de pessoas com IC e familiares foi apresentado aos profissionais que participaram da coleta de dados, para análise da viabilidade e aplicabilidade, de acordo com a realidade institucional.

Nesta etapa, foram realizadas exclusões e inclusões de orientações e de participação de profissionais nas temáticas do protocolo, conforme apresentado a seguir.

7.2.1 Fluxograma

Os profissionais descreveram que a compreensão das orientações é subjetiva, havendo necessidade de incluir algo referente ao conhecimento prévio da pessoa com IC e familiares a respeito da doença, da sua terapêutica e de outros aspectos que a envolvem, de forma que as orientações sejam direcionadas e individualizadas.

Assim, o terceiro símbolo do fluxograma teve o seu texto alterado para: “Realizar as orientações à pessoa com IC e familiares no decorrer da internação hospitalar, a partir do conhecimento prévio”.

De acordo com revisão integrativa a respeito da alfabetização em saúde, Santana et al. (2017) sugerem a necessidade de prévia avaliação do grau de literacia em saúde, uma vez que possibilita a adaptação das orientações, por meio da identificação das habilidades de compreensão e tomadas de decisão para o cuidado.

Importante informar que literacia em saúde é definida pela OMS como mais do que a leitura de panfletos e o comparecimento a consultas, estando relacionada às “habilidades cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos de obter

acesso, entender e usar as informações de maneira a promover e manter a boa saúde” (WHO, 2009). Tal definição refere-se, ainda, à melhoria do acesso das pessoas às informações, por meio da interação, participação e análise crítica dos profissionais de saúde, incentivando ações individuais e coletivas que podem modificar os determinantes de saúde. Além disso, reconhece-se a importância da relação entre a literacia em saúde e o empoderamento e como as relações de poder influenciam no acesso e no uso das informações.

7.2.2 Complicações da insuficiência cardíaca – sinais de alerta

Os profissionais participantes do grupo focal sugeriram a inclusão dos fisioterapeutas como responsáveis para realizar as orientações acerca da presença de edema, de cansaço, de fadiga, de tosse, de cianose e da identificação de sons pulmonares.

De acordo com Mangini et al. (2013), a descompensação da IC está habitualmente relacionada à ocorrência de congestão pulmonar devido à hipervolemia, o que pode causar alguns sintomas típicos, como dispneia, tosse noturna, edema de membros inferiores, sibilos e estertores pulmonares. Nesse sentido, é fundamental que seja avaliada, na alta hospitalar, a presença desses sintomas, afastando, assim, a existência de congestão pulmonar (MESQUITA et al., 2016).

Além disso, a participação desta categoria profissional na assistência em enfermarias hospitalares corrobora para a redução do impacto nas funções osteomioarticular, cardiovascular e respiratória (FERREIRA et al., 2017).

A justificativa para a inclusão desse profissional deve-se ao fato de que em 2011 foi disciplinada a especialidade profissional de Fisioterapeuta Respiratório, cuja atuação se caracteriza pelo exercício profissional com ações de prevenção, promoção, proteção, educação, intervenção, recuperação e reabilitação do paciente em todos os níveis de atenção, e, portanto, considera-se que o fisioterapeuta é um profissional capacitado para orientar acerca da presença e identificação de alguns sinais e sintomas da IC (COFFITO, 2011).

Ademais, esta categoria profissional é a responsável pela prescrição de exercícios físicos e respiratórios que possam promover a melhoria da capacidade funcional da pessoa de acordo com as evidências científicas, conforme demonstrado no estudo de Calegari et al. (2017), cuja pesquisa teve o objetivo de avaliar os efeitos de um programa de exercícios aeróbicos e de fortalecimento sobre a aptidão cardiorrespiratória, o pico de torque dos flexores e extensores de joelho e a qualidade de vida de pacientes com IC.

Os nutricionistas que realizaram a avaliação do protocolo sugeriram a inclusão dos mesmos na responsabilidade pelas orientações a respeito da presença de edema e ascite e da identificação de constipação.

Considera-se que tal proposição é pertinente, uma vez que são os profissionais a quem compete a elaboração dos planos nutricionais, em particular, no que se refere às recomendações sobre a ingestão de sódio, micronutriente responsável pela retenção de líquidos, e, em alguns casos, a prescrição da restrição hídrica (DOMINGUES et al., 2016).

Os psicólogos sugeriram a inclusão da sua categoria profissional para oferecerem a respeito da identificação do nível de resposta verbal, para que possam realizar a diferenciação de uma doença psíquica. No entanto, optou-se por desconsiderar essa sugestão, uma vez que se trata de um protocolo que norteará o processo de alta hospitalar e não do diagnóstico de doenças.

7.2.3 Tratamento farmacológico

Os profissionais propuseram a inclusão dos enfermeiros para orientações relacionadas aos medicamentos e a sua utilização.

A enfermagem, em parceria com o serviço de farmácia clínica hospitalar, deve promover práticas seguras no uso de medicamentos, dentre elas a adoção de protocolos e a comunicação padronizada sobre os tratamentos (LIMA, 2017). Assim, considera-se que tal proposição é apropriada.

Uma sugestão realizada pelos farmacêuticos referiu-se à exclusão de um item do campo “Recursos”, que estava relacionada à disponibilização de uma caixa com divisórias para separação dos medicamentos por horários, de forma a favorecer a organização. Os profissionais consideraram inviável o fornecimento da caixa pela instituição, por envolver recursos financeiros.

No que se refere às informações quanto à reconciliação medicamentosa, os enfermeiros e nutricionistas indicaram a inclusão dessas categorias profissionais para oferecer as orientações a respeito do tema, uma vez que às pessoas com IC que recebem alta hospitalar podem ter como prescrição a varfarina. Acredita-se que, para ambos, a sugestão deve ser considerada.

A importância do nutricionista nos aspectos relacionados à prescrição da varfarina foi citada no estudo de Martins (2017), o qual descreve que a atuação deste profissional no cuidado às pessoas em uso de anticoagulantes orais antagonistas da vitamina K deve incluir os ensinamentos acerca das interações entre esses fármacos e vários alimentos e também as

orientações para que a alimentação não sofra grandes variações, particularmente os vegetais, de forma que não haja impacto no aporte de vitamina K.

Da mesma forma, salienta-se a relevância do papel do enfermeiro no cuidado às pessoas em uso de anticoagulantes. É importante que esse profissional conheça as interações medicamentosas e o mecanismo de ação da varfarina e participe do monitoramento e controle do INR, de forma a favorecer o conhecimento acerca da prática clínica e as ações de educação em saúde (BORGES, 2017).

7.2.4 Tratamento não-farmacológico

Os profissionais apresentaram sugestões a respeito da inclusão do psicólogo nas orientações relacionadas ao tratamento não-farmacológico, em todos os aspectos do tema, por considerarem que esse profissional, ao abordar a pessoa com IC e familiares, pode na interação com a pessoa conversar sobre o que levou e o que pode levar a pessoa a adoecer.

Estudo desenvolvido por Knebel e Marin (2018) no atendimento dos psicólogos com as pessoas com doenças cardiológicas constataram que os pacientes consideravam os fatores psicossociais como umas das principais gêneses de seu adoecimento, principalmente relacionadas às perdas e à sobrecarga laboral. Os psicólogos, por sua vez, acreditavam que o adoecimento pode ser causado por fatores psicológicos e também pela relação desses com o tabagismo, o uso de álcool e a alimentação. As autoras concluíram que o atendimento psicológico pode auxiliar no entendimento dos sentimentos despertados pela doença e na mudança necessária do estilo de vida.

No que se refere às informações sobre a alimentação, os farmacêuticos solicitaram a inclusão de sua categoria profissional para as orientações, pelo fato das interações entre medicamentos e alimentos, em particular às pessoas com IC que fazem uso de anticoagulantes orais.

Ainda sobre esse tema, foi solicitada a modificação do texto no tocante à orientação de que a pessoa com IC tenha contato frequente com nutricionista, pois consideraram inviável o atendimento a todas as pessoas devido à limitação na rede assistencial na cidade referente ao acompanhamento nutricional. Os nutricionistas que participaram da avaliação do protocolo sugeriram que tal acompanhamento seja solicitado somente em situações necessárias. Assim, o texto deste item foi modificado para: “Orientar aos que necessitem de acompanhamento nutricional sobre a importância de manter contato frequente com nutricionista”.

Quanto às informações referentes ao abandono do tabagismo e redução do consumo de bebidas alcoólicas, os fisioterapeutas informaram que oferecem orientações a respeito

desse tema, devido, principalmente, ao impacto do consumo de cigarro no declínio da função pulmonar.

7.2.5 Exercícios/Atividades físicas

Duas enfermeiras que realizaram a avaliação do protocolo recomendaram que sua categoria profissional fosse considerada para as orientações a respeito da realização de exercícios e atividades físicas.

Optou-se por acatar a sugestão, tendo em vista que a Diretriz Sul-Americana de Prevenção e Reabilitação Cardiovascular considera a importância dos enfermeiros e de outros profissionais, como nutricionistas e psicólogos, para a execução de um Programa de Reabilitação Cardíaca, o qual deve se iniciar na internação hospitalar. Não se trata aqui da composição de uma equipe de reabilitação cardíaca, mas é válido salientar que a abordagem multiprofissional na reabilitação cardiovascular deve incluir, além dos exercícios, a educação em saúde, em prol do controle de fatores de risco e de mudanças no estilo de vida (HERDY et al., 2014).

Foi incluído no campo “Recursos” a disponibilização de documento referente ao encaminhamento para centro de reabilitação cardíaca, quando necessário.

7.2.6 Atividades de vida diária

O psicólogo participante da avaliação do protocolo indicou a inclusão de sua categoria profissional para realizar as orientações referentes às atividades de vida diária e às informações em caso de viagens, por considerar a importância da abordagem para o empoderamento e o viver.

Optou-se por acatar a proposta, uma vez que, além de causar impacto na dimensão física, as manifestações clínicas limitantes que a pessoa com IC apresenta podem afetar a dimensão psicológica, tendo em vista a ocorrência de modificações na rotina, muitas vezes também da família, para a vivência com a doença crônica (ABREU E SOUZA et al., 2019).

No que concerne às informações em casos de viagens, os profissionais sugeriram a exclusão do enfermeiro, por considerarem que somente o médico pode orientar a respeito das condições clínicas favoráveis para os deslocamentos entre cidades, estados ou países.

Além disso, solicitaram que fosse retirado o item que se refere à posse de um número de telefone de referência, por acreditarem que é inviável o fornecimento de contatos telefônicos, seja do profissional, do hospital ou da unidade de saúde. Informaram que, em

casos de descompensação clínica durante viagens, a pessoa com IC deverá procurar o pronto-atendimento local.

7.2.7 Recursos existentes

No que tange às informações acerca do processo de referência-contrarreferência, os profissionais teceram considerações a respeito do agendamento de consultas para acompanhamento após a alta hospitalar. Sugeriu-se que as pessoas com IC devem ser encaminhadas aos serviços de saúde, de acordo com a classe funcional, tendo em vista a quantidade de atendimentos realizados, mensalmente, pelo cardiologista no ambulatório do hospital.

Assim, o texto sobre o agendamento de consultas foi modificado para: “orientar quanto às consultas agendadas e à importância de seu comparecimento, cuja data será agendada de acordo com a Classificação Funcional da New York Heart Association (NYHA), a saber: as pessoas que foram internadas com classe funcional III e IV devem ser agendadas para retorno em até 14 dias com o cardiologista no hospital e aquelas com classe I e II devem ser encaminhadas para o clínico geral da rede; caso não haja previsão de data para consulta com o clínico geral da rede, poderá ser agendada consulta com o clínico geral ou com o cardiologista do hospital em até 30 dias”.

Ademais, foram realizadas sugestões de inclusão da data de preenchimento e de espaço para assinatura e carimbo do médico no cartão de identificação. Assim, devido à pertinência das proposições, realizaram-se as devidas modificações no cartão de identificação, conforme demonstrado nas Figuras 3 e 4.

Optou-se por acrescentar no cartão de identificação a informação acerca da fração de ejeção, de acordo com exame realizado previamente ou durante a internação hospitalar. Considerou-se a inclusão de tal dado por sugestão de uma das médicas, de orientar à pessoa com IC quanto à importância de guardar os exames realizados, em particular o ecocardiograma. Assim, com o registro da fração de ejeção, no caso de reinternação hospitalar e/ou admissão em serviços de emergência, tem-se, pelo menos, uma informação acerca da função cardíaca prévia da pessoa com IC.

medicamentosa, devendo estar a par dos aspectos relacionados ao acesso aos medicamentos, seja gratuitamente ou com baixo custo.

Sugeriu-se a exclusão do farmacêutico e do nutricionista do item sobre as informações relacionadas ao retorno à vida profissional e aos benefícios concedidos pelo governo. Sugeriram que, desse último, fosse excluído também o fisioterapeuta. As sugestões foram acatadas por considerar que tais orientações não estão relacionadas às atividades desses profissionais.

Quanto às informações sobre os benefícios concedidos pelo governo, as assistentes sociais informaram que, para que a pessoa com IC e/ou familiares possam dar andamento nas questões previdenciárias, deve-se fornecer o número de contato telefônico da Previdência Social, de forma a otimizar o tempo que seria gasto na procura pela instituição governamental e a fortalecer a autonomia para a continuidade do cuidado.

As assistentes sociais recomendaram, ainda, que fosse incluído no campo “Recursos” a disponibilização do impresso profissional, por dispensarem, por escrito, as instruções para a pessoa com IC e familiares. Além disso, comunicaram que são fornecidos, conforme a necessidade, outros documentos que podem favorecer a continuidade do cuidado. No que se refere à concessão de benefícios, elas fornecem o encaminhamento para assistente social do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). Quanto à inclusão da pessoa com IC no programa de gratuidade do transporte ao portador de doença crônica, é fornecido o encaminhamento pelo serviço social ao setor de Mobilidade Urbana (Acesso Livre).

7.2.9 Empoderamento para autonomia e autocuidado

As assistentes sociais solicitaram que fosse incluída, neste tema, uma orientação para que a pessoa com IC e os familiares procurem o serviço social durante a semana, caso a alta hospitalar ocorra aos sábados ou domingos, a fim de sanar quaisquer dúvidas a respeito das questões sociais que podem impactar na continuidade do cuidado.

7.3 PROTOCOLO MULTIPROFISSIONAL DE ALTA HOSPITALAR ÀS PESSOAS COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA E FAMILIARES – VERSÃO FINAL

PROTOCOLO MULTIPROFISSIONAL DE ALTA HOSPITALAR ÀS PESSOAS COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA E FAMILIARES

Origem: O presente protocolo foi elaborado como parte de dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL-MG.

Objetivo: Proporcionar a sistematização da alta hospitalar de pessoas com insuficiência cardíaca e familiares pela equipe multiprofissional hospitalar, garantindo a continuidade do processo assistencial.

Justificativa: O protocolo de alta hospitalar às pessoas com insuficiência cardíaca e familiares é fundamental para a continuidade e qualidade da assistência. No entanto, a exequibilidade do protocolo exigirá a interação entre a equipe multiprofissional no período de internação e a interlocução no pós-alta com os profissionais dos serviços de contrarreferência.

Grupo de desenvolvimento: Enfermeira e mestranda em Enfermagem Geruza Maria da Silva Gonçalves Manfredini, sob a orientação da Prof^ª Dr^ª Zélia Marilda Rodrigues Resck e co-orientação da Prof^ª Dr^ª Silvana Maria Coelho Leite Fava.

Conflito de interesse: Não há conflitos de interesse.

Evidências: Consultar pesquisa intitulada “*Protocolo multiprofissional de alta hospitalar às pessoas com insuficiência cardíaca e familiares*”, disponível no banco de tese e dissertações da biblioteca da Universidade Federal de Alfenas-MG, por meio do link: <https://bdtd.unifal-mg.edu.br:8443/>.

Revisão: A revisão do presente protocolo será realizada a cada dois anos pela equipe multiprofissional do hospital onde foi realizado o estudo ou por pesquisadores interessados.

Indicador de resultado: Os indicadores deverão ser: readmissões hospitalares em 30 dias, visitas ao departamento de emergência, ocorrência de óbito em domicílio e adesão à terapêutica farmacológica e não-farmacológica, cujos dados poderão ser levantados por meio da verificação do censo hospitalar e do cadastro destes pacientes na Estratégia de Saúde da Família e/ou ambulatorios na área de abrangência.

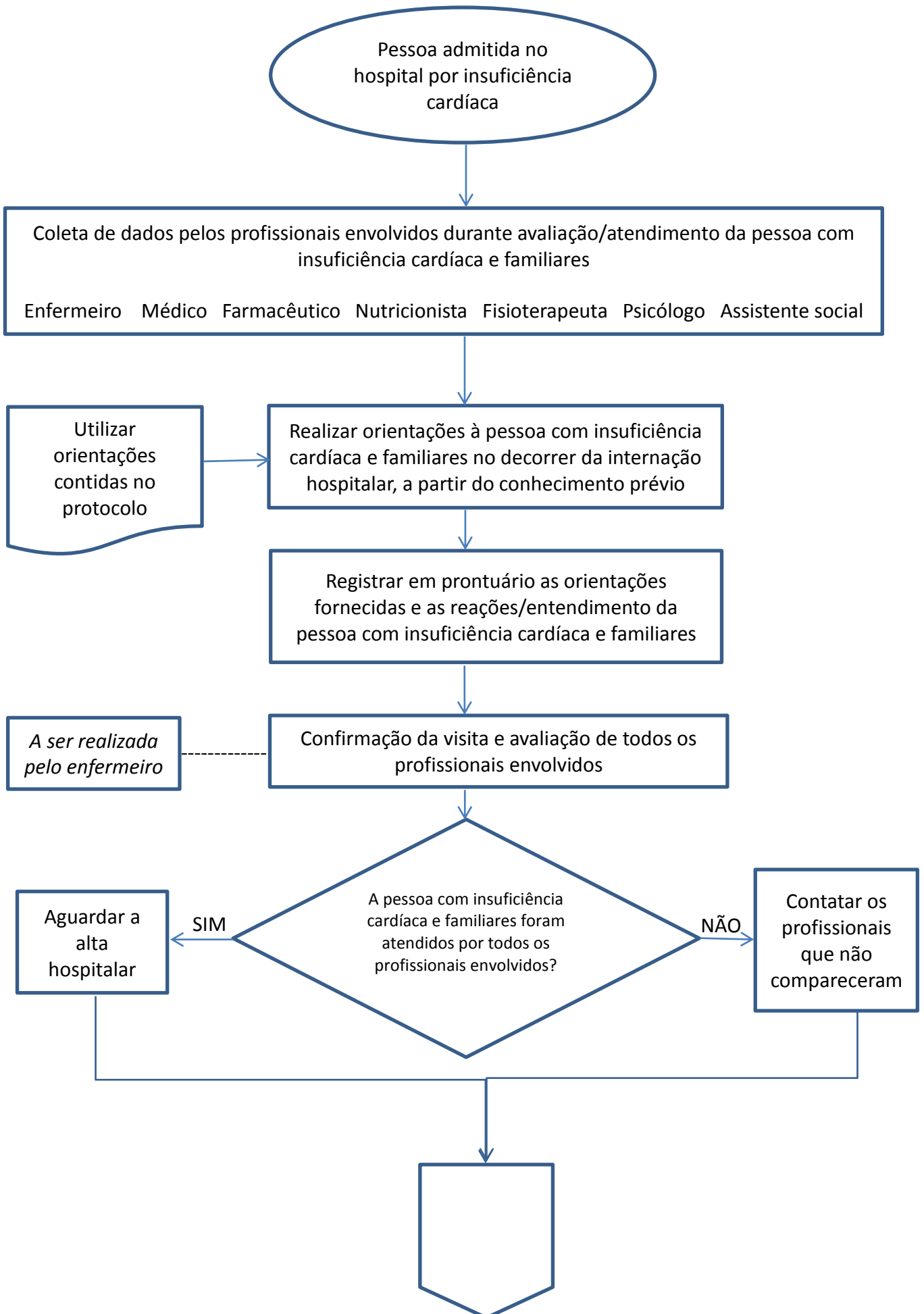
Validação pelos profissionais: O protocolo foi apresentado aos profissionais da equipe multidisciplinar que participaram dos grupos focais (enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, farmacêuticos, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais) para análise, a fim de assegurar a viabilidade e aplicabilidade do mesmo, conforme a realidade institucional.

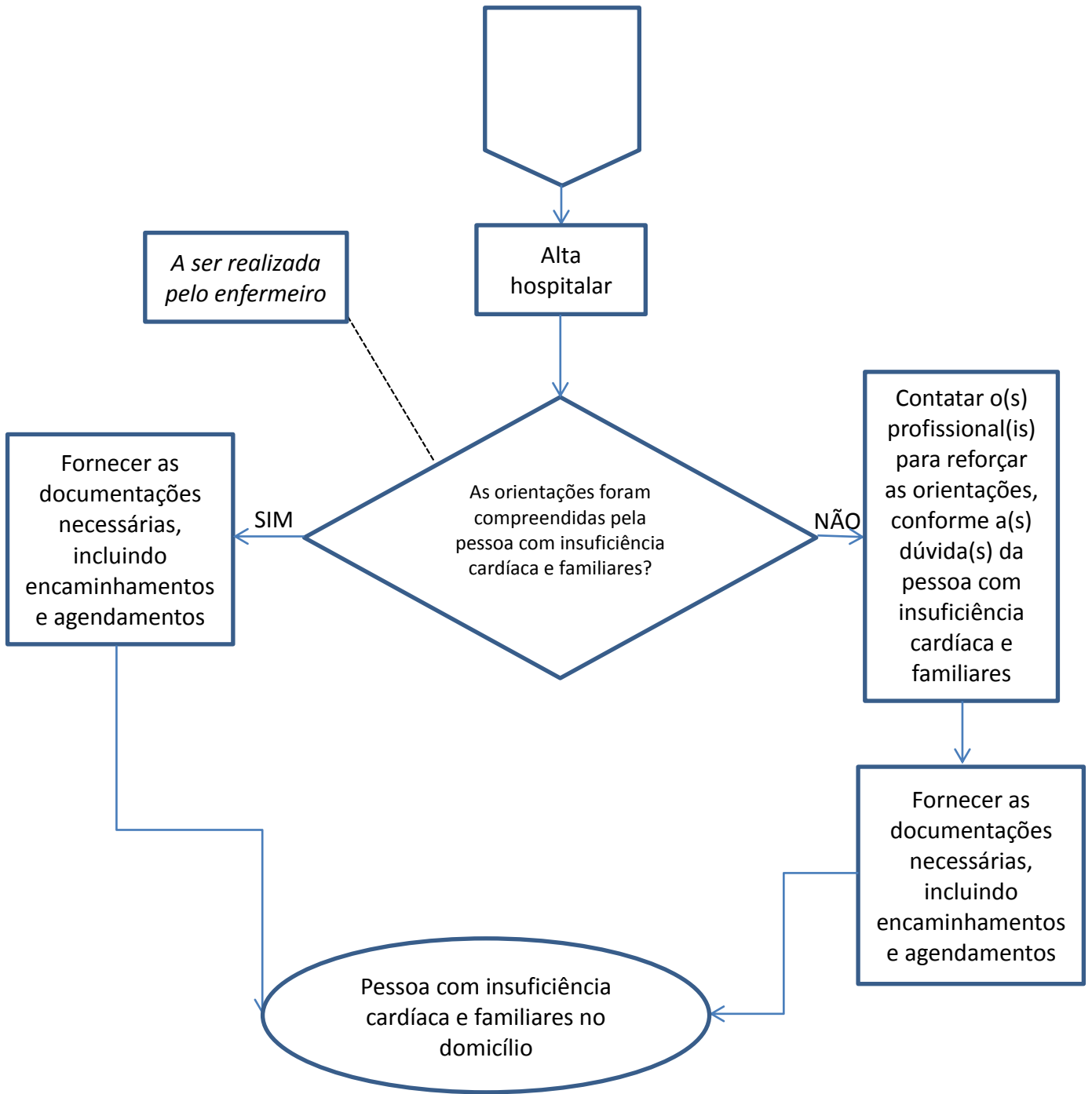
Validação pelos usuários: Poderá ser realizada pela equipe multiprofissional do hospital onde foi realizado o estudo ou como pesquisas futuras na área da saúde.

Limitações: Escassez de produção científica relacionada à temática.

Plano de implantação: O Protocolo multiprofissional de alta hospitalar às pessoas com Insuficiência Cardíaca e familiares será divulgado ao hospital onde foi realizado o estudo em sessões previamente agendadas, ministradas pela pesquisadora.

Fluxograma: Vide página seguinte.





ORIENTAÇÕES ÀS PESSOAS COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA E FAMILIARES PARA CONTINUIDADE DO CUIDADO APÓS ALTA HOSPITALAR

- Proceder às orientações, utilizando termos de fácil entendimento, conforme o nível sócio-econômico, educacional e cultural da pessoa com IC e familiares;
- Iniciar as orientações na admissão da pessoa com IC, por exemplo, na realização do histórico;
- Reforçar conhecimentos adequados e complementar e/ou corrigir conhecimentos prévios inadequados ou insuficientes.

CONHECIMENTO SOBRE A DOENÇA				
Tema	Conteúdo e Suporte	Forma	Recursos	Responsável
<p>Conhecimento sobre a Insuficiência Cardíaca</p>	<p>Conteúdo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - verificar o conhecimento que eles têm sobre o que é a IC e suas causas; - explicar de maneira simples o funcionamento normal do coração, o que acontece na IC e indicar a possível causa da IC da pessoa. <p>Suporte para o profissional:</p> <p>A Insuficiência Cardíaca é um estado no qual o coração não funciona adequadamente, havendo dificuldade de bombear a quantidade de sangue que o corpo precisa. É uma doença crônica ou de longo prazo, sendo necessário seguir as recomendações para evitar o agravamento da doença.</p> <p>A Insuficiência Cardíaca pode surgir em decorrência de diversas doenças, como doença arterial coronariana (entupimento nas artérias que envolvem o coração), doenças das válvulas (mal funcionamento de uma ou mais válvulas do coração), hipertensão (a pressão alta exige muito trabalho do coração), dentre outras. Assim, é importante entender que o tratamento da Insuficiência Cardíaca engloba, também, tratar a(s) doença(s) que a causou/causaram.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - orientação verbal; - orientação visual. 	<ul style="list-style-type: none"> - modelo do corpo humano indicando a relação do coração com os outros órgãos do corpo (gravura ou “manequim”). 	<p>Enfermeiros Médicos</p>

	Referências: BOCCHI; WETTEN; FERREIRA, 2015; CASTILLO; SÁNCHEZ, 2017; GAMBOA, 2017; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2018; TSAI et al., 2014; UCSF HEALTH, 2019.			
--	---	--	--	--

COMPLICAÇÕES DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA – SINAIS DE ALERTA

Tema	Conteúdo e Suporte	Forma	Recursos	Responsável
Presença de edema	<p>Conteúdo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - explicar à pessoa e aos familiares por que esse sintoma acontece; - explicar sobre a verificação de peso diário realizada no hospital; - indicar qual peso seco da pessoa e orientá-la sobre o peso que deve ser mantido; - verificar a disponibilidade de balança na casa da pessoa e, caso seja necessário, indicar um local para que ela possa se pesar; - orientar sobre a importância de pesar-se diariamente com o mínimo de roupa possível e descalço, sempre no mesmo horário; - orientar que a pessoa procure utilizar sempre a mesma balança, pesando após urinar e antes de comer; - orientar quanto à importância de anotar o peso todos os dias; - ensinar a avaliação do sinal de cacifo e orientar que ele faça essa avaliação diariamente; - orientar que a pessoa anote a quantidade de cruces de acordo com os locais do teste de avaliação do edema; - orientar a procurar um profissional e/ou serviço de saúde quando houver 	<ul style="list-style-type: none"> - orientação verbal; - orientação visual. 	<ul style="list-style-type: none"> - balança; - cartão de identificação com o valor do peso seco; - modelo do corpo humano indicando o coração com dificuldade de bombeamento e o comprometimento de outras partes do corpo (gravura ou “manequim”). 	<p>Médico Enfermeiro Fisioterapeuta Nutricionista</p>

	<p>aumento de mais de 1,5 kg em um dia.</p> <p>Suporte para o profissional:</p> <p>Quando há dificuldade de bombeamento do coração, o sangue pode se acumular em outras partes do corpo, como pulmões, fígado, estômago, intestino e pernas. O fluido extra provoca extravasamento de líquido do vaso para os tecidos, o que provoca o edema. O acúmulo de líquido aumenta o peso corporal.</p> <p>Peso seco é aquele quando não há fluido extra no corpo.</p> <p>Para avaliar o sinal de cacifo: pressionar o dorso do pé, a perna e a coxa com o polegar e observar a presença de “afundamento” (pé +, perna ++, coxa +++).</p> <p>Referências: CLEVELAND CLINIC, 2019; FLORES-VILLEGAS; FLORES-LAZCANO; LAZCANO-MENDOZA, 2014; GAMBOA, 2017; MANGINI et al., 2013; NEW YORK-PRESBITERIAN HOSPITAL, 2019; STEVENSON et al., 2015.</p>			
<p>Presença de ascite</p>	<p>Conteúdo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - explicar à pessoa e aos familiares por que esse sinal acontece; - orientar quanto à ocorrência de edema ou aumento do abdome; - orientar que a pessoa procure um profissional e/ou serviço de saúde caso esse sintoma esteja presente. <p>Suporte para o profissional:</p> <p>O bombeamento ineficaz do coração pode levar ao acúmulo de sangue nos vasos e assim, provocar o extravasamento de líquido do vaso para diversas partes do corpo, como pulmões, fígado, trato gastrointestinal, braços e pernas.</p> <p>Referências: CLEVELAND CLINIC, 2019; GAMBOA, 2017; MAYO CLINIC, 2017; MOUNT SINAI, 2018.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - orientação verbal; - orientação visual. 	<ul style="list-style-type: none"> - modelo do corpo humano indicando o coração com dificuldade de bombeamento e o comprometimento de outras partes do corpo (gravura ou “manequim”). 	<p>Médico Enfermeiro</p>

<p>Presença de cansaço</p>	<p>Conteúdo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - explicar à pessoa e aos familiares por que esse sintoma acontece; - identificar qual a tolerância da pessoa à atividade por meio da observação do desenvolvimento das atividades durante a internação; - orientar quanto à importância de observar a ocorrência de cansaço aos grandes, médios e pequenos esforços e/ou ao repouso; - indicar em quais situações deve procurar um profissional e/ou serviço de saúde: quando houver cansaço aos pequenos esforços e/ou em repouso. <p>Suporte para o profissional:</p> <p>Com o agravamento da insuficiência cardíaca, o coração se torna incapaz de bombear o sangue de forma a atender as necessidades do corpo. Como compensação, ocorre o desvio do sangue para suprir áreas importantes do corpo, como o coração e o cérebro. Assim, a redução no suprimento sanguíneo nos braços e pernas faz com que as pessoas geralmente se sintam cansadas e fracas, com dificuldade para a realização de atividades comuns, como caminhar, carregar alimentos ou, simplesmente, pentear o cabelo.</p> <p>Referências: BOCCHI; WETTEN; FERREIRA, 2015; CLEVELAND CLINIC, 2019; GAMBOA, 2017; UCSF HEALTH, 2019.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - orientação verbal; - orientação visual. 	<ul style="list-style-type: none"> - modelo do corpo humano indicando o coração com dificuldade de bombeamento e o comprometimento de outras partes do corpo (gravura ou “manequim”). 	<p>Médico Enfermeiro Fisioterapeuta</p>
<p>Presença de dispneia</p>	<p>Conteúdo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - explicar à pessoa e aos familiares por que esse sintoma acontece; - orientar quanto à importância de observar a ocorrência de dispneia (falta de ar) aos grandes, médios e pequenos esforços e/ou ao repouso; - indicar em quais situações deve procurar um profissional e/ou serviço de saúde: quando a pessoa acordar de repente à noite, necessitando se sentar para 	<ul style="list-style-type: none"> - orientação verbal; - orientação visual. 	<ul style="list-style-type: none"> - modelo do corpo humano indicando o coração com dificuldade de bombeamento e o comprometimento de outras partes do 	<p>Médico Enfermeiro Fisioterapeuta</p>

	<p>recuperar o fôlego; quando houver necessidade de usar mais de um travesseiro para dormir; quando houver a necessidade de manter-se sentado para dormir; quando os familiares observarem a ocorrência de pausa na respiração durante o sono.</p> <p>Suporte para o profissional:</p> <p>A dispneia pode ocorrer pela dificuldade do coração se contrair. Assim, o sangue fica represado no coração e nos vasos sanguíneos dos pulmões, o que prejudica a respiração.</p> <p>Referências: BOZCURT; MANN, 2003; GAMBOA, 2017; MANGINI et al., 2013.</p>		<p>corpo (gravura ou “manequim”).</p>	
<p>Presença de tosse</p>	<p>Conteúdo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - explicar à pessoa e aos familiares por que esse sintoma acontece; - orientar quanto à importância de observar a presença de tosse seca, e/ou peito cheio e/ou saliva espumosa rosa; - orientar que a pessoa identifique o horário em que há piora da tosse; - indicar em quais situações deve procurar um profissional e/ou serviço de saúde: quando a tosse for pior no período noturno. <p>Suporte para o profissional:</p> <p>O congestionamento de sangue nos vasos pulmonares pode levar ao extravasamento de líquidos nos pulmões que resultam em tosse e sons nos pulmões, com maior probabilidade de ocorrer quando a pessoa está deitada.</p> <p>Referências: CASTILLO; SÁNCHEZ, 2017; CLEVELAND CLINIC, 2019; GAMBOA, 2017; UCSF HEALTH, 2019.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - orientação verbal; - orientação visual. 	<p>- modelo do corpo humano indicando o coração com dificuldade de bombeamento e o comprometimento de outras partes do corpo (gravura ou “manequim”).</p>	<p>Médico Enfermeiro Fisioterapeuta</p>
<p>Identificação dos sons</p>	<p>Conteúdo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - explicar à pessoa e aos familiares por que esse sinal acontece; 	<ul style="list-style-type: none"> - orientação verbal; 	<p>- modelo do corpo humano indicando</p>	<p>Médico Enfermeiro</p>

pulmonares	<p>- orientar que a pessoa e os familiares fiquem atentos aos sons pulmonares que podem ser emitidos ao respirar;</p> <p>- orientar que o som pulmonar pode se assemelhar ao chiado;</p> <p>- orientar que a pessoa procure um profissional e/ou serviço de saúde caso esse sintoma esteja presente.</p> <p>Suporte para o profissional:</p> <p>O excesso de líquidos nos pulmões dificulta a passagem de ar causando a emissão de sons, como sibilos.</p> <p>Referências: CASTILLO; SÁNCHEZ, 2017; CLEVELAND CLINIC, 2019; GAMBOA, 2017; UCSF HEALTH, 2019.</p>	- orientação visual.	o coração com dificuldade de bombeamento e o comprometimento de outras partes do corpo (gravura ou “manequim”).	Fisioterapeuta
------------	--	----------------------	---	----------------

<p>Presença de taquicardia</p>	<p>Conteúdo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - explicar à pessoa e aos familiares por que esse sintoma acontece; - ensinar a avaliar os batimentos cardíacos; - identificar e orientar qual o valor médio de batimentos cardíacos da pessoa; - orientar quanto à importância de observar a ocorrência de alterações nos batimentos cardíacos (muito lento ou muito rápido ou alternando muito entre eles); - indicar em quais situações deve procurar um profissional e/ou serviço de saúde: quando os batimentos cardíacos estiverem muito acima ou abaixo do valor médio da pessoa. <p>Suporte para o profissional:</p> <p>Quando o coração perde a sua força de contração, ele aumenta os seus batimentos, como mecanismo compensatório, para enviar sangue ao corpo. Essa alteração é percebida ao se verificar que o pulso está fora do ritmo.</p> <p>Referências: CLEVELAND CLINIC, 2019; HABAL et al., 2014; LASKEY et al., 2015; NEW YORK-PRESBITERIAN HOSPITAL, 2019; UCSF HEALTH, 2019.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - orientação verbal; - orientação visual; - demonstração da aferição do pulso. 	<ul style="list-style-type: none"> - relógio; - cartão de identificação com o valor dos batimentos cardíacos; - modelo do corpo humano indicando o coração com dificuldade de bombeamento e o comprometimento de outras partes do corpo (gravura ou “manequim”). 	<p>Médico Enfermeiro</p>
<p>Identificação do nível de resposta verbal</p>	<p>Conteúdo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - explicar à pessoa e aos familiares por que esse sintoma acontece; - orientar quanto à ocorrência de mudança brusca no contato verbal ou na formulação de frases, tontura, dificuldade de concentração e desmaio; - orientar que a pessoa deve procurar um profissional e/ou serviço de saúde caso perceba alguma dessas alterações. <p>Suporte para o profissional:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - orientação verbal; - orientação visual. 	<ul style="list-style-type: none"> - modelo do corpo humano indicando o coração com dificuldade de bombeamento e o comprometimento de outras partes do corpo (gravura ou 	<p>Médico Enfermeiro</p>

	<p>A insuficiência cardíaca pode provocar sintomas como confusão mental, perda de memória, dificuldade de concentração e desmaios devido ao fluxo sanguíneo reduzido para o cérebro e, em algumas situações, devido aos níveis anormais de certas substâncias no sangue, como o sódio.</p> <p>Referências: CLEVELAND CLINIC, 2019; MOUNT SINAI, 2018; UCSF HEALTH, 2019.</p>		“manequim”).	
Identificação de alteração no padrão urinário	<p>Conteúdo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - explicar à pessoa e aos familiares por que esse sintoma acontece; - orientar que a pessoa deve estar atenta quanto à diminuição do volume de urina nas 24 horas, de acordo com a rotina pessoal, e também na cor e no cheiro da urina; - orientar que a pessoa fique atenta à necessidade de urinar à noite; - orientar que a pessoa procure um profissional e/ou serviço de saúde caso esse sintoma esteja presente. <p>Suporte para o profissional:</p> <p>A diminuição do volume urinário decorre da dificuldade de bombeamento cardíaco levando a diminuição da perfusão renal e consequentemente baixa filtração renal.</p> <p>Há maior produção de urina quando se está deitado, pois o fluxo sanguíneo para os rins aumenta quando o corpo está nessa posição. Assim, pode haver maior necessidade de urinar no período noturno.</p> <p>Referências: CASTILLO; SÁNCHEZ, 2017; CLEVELAND CLINIC, 2019; GAMBOA, 2017.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - orientação verbal; - orientação visual. 	<ul style="list-style-type: none"> - modelo do corpo humano indicando o coração com dificuldade de bombeamento e o comprometimento de outras partes do corpo (gravura ou “manequim”). 	Médico Enfermeiro

<p>Identificação de constipação</p>	<p>Conteúdo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - explicar à pessoa e aos familiares por que esse sintoma acontece; - despertar a pessoa para observar os hábitos intestinais; - orientar quanto à presença de desconforto abdominal e/ou ausência de eliminação de gases; - orientar que a pessoa procure um profissional e/ou serviço de saúde caso esse sintoma esteja presente. <p>Suporte para o profissional:</p> <p>Na insuficiência cardíaca, há redução no suprimento sanguíneo em diversos órgãos, inclusive nos órgãos do sistema gastrointestinal. Assim, pode haver diminuição do peristaltismo intestinal, o que provoca a constipação.</p> <p>Referências: CASTILLO; SÁNCHEZ, 2017; CLEVELAND CLINIC, 2019; GAMBOA, 2017.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - orientação verbal; - orientação visual. 	<ul style="list-style-type: none"> - modelo do corpo humano indicando o coração com dificuldade de bombeamento e o comprometimento de outras partes do corpo (gravura ou “manequim”). 	<p>Médico Enfermeiro Nutricionista</p>
<p>Identificação de plenitude gástrica</p>	<p>Conteúdo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - explicar à pessoa e aos familiares por que esse sintoma acontece; - atentar quanto à sensação de plenitude gástrica, dor no estômago ou sensação de endurecimento, perda de apetite ou náuseas; - orientar que a pessoa procure um profissional e/ou serviço de saúde caso esse sintoma esteja presente. <p>Suporte para o profissional:</p> <p>O suprimento inadequado de sangue aos órgãos do sistema gastrointestinal pode levar à sensação de plenitude gástrica, mesmo com a ingestão de pouco alimento.</p> <p>Referências: CASTILLO; SÁNCHEZ, 2017; GAMBOA, 2017; NEW YORK-</p>	<ul style="list-style-type: none"> - orientação verbal; - orientação visual. 	<ul style="list-style-type: none"> - modelo do corpo humano indicando o coração com dificuldade de bombeamento e o comprometimento de outras partes do corpo (gravura ou “manequim”). 	<p>Médico Enfermeiro Nutricionista</p>

	PRESBITERIAN HOSPITAL, 2019; UCSF HEALTH, 2019.			
Presença de cianose	<p>Conteúdo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - explicar à pessoa e aos familiares por que esse sinal acontece; - orientar quanto à ocorrência de cianose (ou cor arroxeadada) das pontas dos dedos; - orientar que a pessoa procure um profissional e/ou serviço de saúde caso esse sintoma esteja presente. <p>Suporte para o profissional:</p> <p>Devido ao suprimento ineficaz de sangue para diversos órgãos, pode haver cianose das extremidades, como mãos, pés e boca.</p> <p>Referências: CASTILLO; SÁNCHEZ, 2017; GAMBOA, 2017.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - orientação verbal; - orientação visual. 	<ul style="list-style-type: none"> - modelo do corpo humano indicando o coração com dificuldade de bombeamento e o comprometimento de outras partes do corpo (gravura ou “manequim”). 	Médico Enfermeiro Fisioterapeuta
Identificação da pressão venosa jugular elevada	<p>Conteúdo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - explicar à pessoa e aos familiares por que esse sinal acontece; - orientar aos familiares para que fiquem atentos quanto à ocorrência de dilatação nas veias do pescoço; - orientar que a pessoa procure um profissional e/ou serviço de saúde caso esse sintoma esteja presente. <p>Suporte para o profissional:</p> <p>Devido à dificuldade de bombeamento, o sangue pode congestionar o coração e as veias jugulares, o que leva à sua distensão.</p> <p>Referências: CASTILLO; SÁNCHEZ, 2017; GAMBOA, 2017; MOUNT SINAI, 2018.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - orientação verbal; - orientação visual. 	<ul style="list-style-type: none"> - modelo do corpo humano indicando o coração com dificuldade de bombeamento e o comprometimento de outras partes do corpo (gravura ou “manequim”). 	Médico Enfermeiro

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO				
Tema	Conteúdo e Suporte	Forma	Recursos	Responsável
<p>Informações quanto aos medicamentos e sua utilização</p>	<p>Conteúdo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - certificar de que a pessoa e familiares entenderam o que está escrito na receita médica; - orientar quanto aos nomes dos medicamentos, indicação, efeitos terapêuticos, tomada e instruções especiais; - orientar quanto à via correta de administração de cada medicamento prescrito e como deve ser tomado; - orientar para que a pessoa e familiares estejam atentos aos horários corretos das medicações; orientar que, se necessário, seja utilizado despertador ou celular para lembrar os horários dos medicamentos; - orientar às pessoas com IC e familiares para que procedam à identificação dos horários em que os medicamentos devem ser tomados, nos casos de analfabetismo; - orientar que, caso seja necessário, pode-se separar os medicamentos nas quantidades exatas de cada horário; - orientar que sejam listadas e organizadas as medicações de uso diário, incluindo todas as prescrições (receitas), medicamentos de venda livre, vitaminas e suplementos; - orientar que a pessoa ou familiares observem, rotineiramente, a quantidade das medicações que tem em casa, de forma que seja abastecido em tempo hábil e esteja seguro se precisar esperar alguns dias para obter mais remédios 	<ul style="list-style-type: none"> - orientação verbal; - orientação visual. 	<ul style="list-style-type: none"> - receita médica; - impresso com o nome dos medicamentos e desenhos alusivos aos períodos manhã, tarde e noite. 	<p>Médicos Farmacêuticos Enfermeiros</p>

	<p>em farmácia pública ou privada;</p> <ul style="list-style-type: none"> - orientar quanto à continuidade dos medicamentos anteriores, se recomendado; - orientar que o tratamento seja mantido, mesmo que a pessoa esteja se sentindo melhor e/ou não tenha sintomas. <p>Suporte para o profissional:</p> <p>Por tratar-se de uma condição crônica, o tratamento é por longa permanência, sendo importante a adesão da pessoa ao tratamento, no que se refere não apenas à continuidade, mas também ao uso correto dos medicamentos conforme prescrição.</p> <p>O planejamento quanto à aquisição de medicamentos evita a sua descontinuidade.</p> <p>Referências: CLEVELAND CLINIC, 2019; NEW YORK-PRESBITERIAN HOSPITAL, 2019; REZENDE et al., 2019; SOUZA; QUELUCI, 2014; SZKILADZ et al., 2013; TAVARES et al., 2016; VALENTE et al., 2019.</p>			
--	---	--	--	--

<p>Informações quanto aos efeitos colaterais dos medicamentos</p>	<p>Conteúdo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - orientar para que sejam monitorados os seguintes efeitos colaterais dos medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> • presença de câibras e sua frequência, que pode ocorrer devido ao baixo teor de potássio; • presença de náuseas, vômitos ou diarreia; • presença de manchas roxas na pele e ocorrência de sangramento na gengiva, urina e fezes; • presença de tosse e se a mesma se mantém durante a noite; • variabilidade da pressão arterial; • variabilidade da glicemia (para pessoas com diabetes); alguns medicamentos podem mascarar sintomas de queda da glicemia; • variabilidade da frequência cardíaca (pulso); • ocorrência de tontura; • ocorrência de cansaço ou intolerância ao exercício; pode levar algumas semanas para o coração se ajustar aos medicamentos, mas os sintomas melhoram com o tempo; • ocorrência de falta de ar (em pessoas com doenças respiratórias crônicas); • ocorrência de problemas com a ereção; • sinais de desidratação: cansaço, urina escura, menos urina do que o esperado, boca seca, mais sede do que o habitual ou prisão de ventre; • ocorrência de dores de cabeça que podem ser causados pelo uso de alguns medicamentos; questionar ao médico quanto à possibilidade de utilizar analgésicos. <p>- orientar quanto à procura de um profissional e/ou serviço de saúde caso os</p>	<p>- orientação verbal.</p>		<p>Médicos Farmacêuticos</p>
---	--	-----------------------------	--	----------------------------------

	<p>efeitos colaterais sejam persistentes;</p> <ul style="list-style-type: none"> - orientar que a pessoa com IC e familiares questionem ao médico ou ao enfermeiro do serviço de saúde sobre o nível de potássio encontrado em exames de sangue e entender se o nível está adequado ou se é necessário limitar ou repor esse mineral; - orientar que a pessoa com IC e familiares questionem ao médico ou ao enfermeiro do serviço de saúde sobre a função renal e entender o que deve ser feito para solucionar, em caso de comprometimento. <p>Suporte para o profissional:</p> <p>O entendimento da pessoa com IC e familiares acerca dos possíveis efeitos adversos das medicações é importante para o manejo da terapêutica, uma vez que colabora na identificação das situações que devem ser comunicadas ao médico.</p> <p>Referências: CLEVELAND CLINIC, 2019; NEW YORK-PRESBITERIAN HOSPITAL, 2019; VALENTE et al., 2019; WOODS, 2017.</p>			
<p>Informações quanto à reconciliação medicamentosa</p>	<p>Conteúdo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - orientar quanto existência de um serviço de anticoagulação, caso faça uso de varfarina (Marevan®) ou outro anticoagulante; será necessário realizar exames de sangue com certa frequência para que o profissional possa se certificar da dosagem correta do medicamento; - orientar que a pessoa evite a auto-medicação; não tomar outros medicamentos ou ervas sem questionar ao médico; - orientar que a pessoa não faça uso de sildenafil, vardenafil, tadalafil ou qualquer erva para manter a atividade sexual sem antes conversar com o médico; 	<p>- orientação verbal.</p>	<p>- prescrição médica.</p>	<p>Médicos Farmacêuticos Enfermeiros Nutricionistas</p>

	<p>- orientar que seja observada com atenção a presença de sinais/sintomas, procurando o serviço de saúde conforme orientado anteriormente e que os medicamentos sejam tomados conforme a receita médica.</p> <p>Suporte para o profissional:</p> <p>A reconciliação medicamentosa deve ser esclarecida e referenciada para outros serviços, uma vez que a polifarmácia é comum entre as pessoas com IC.</p> <p>Referências: BORGES, 2017; HOOVER; PLAMANN; BECKEL, 2017; MOUNT SINAI, 2018; REZENDE et al., 2019.</p>			
--	--	--	--	--

TRATAMENTO NÃO-FARMACOLÓGICO

Tema	Conteúdo e Suporte	Forma	Recursos	Responsável
<p>Informações quanto à ingestão de líquidos</p>	<p>Conteúdo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - orientar para que seja obedecida a quantidade de líquidos a ser ingerida nas 24 horas (de acordo com o critério médico) – <i>prescrição anexa</i>; - orientar que alguns alimentos são considerados líquidos, incluindo pudim, gelatina, sopas (grossas ou finas), picolés e sorvete; - orientar que seja feito o manejo do excesso de líquido, caso perceba que houve aumento no peso e/ou sinta falta de ar, reduza a quantidade de sódio ou de líquidos por dois dias; - orientar quanto à utilização de copo com marcação em “mL” para controlar a quantidade de líquidos ingeridos, caso seja necessário. <p>Suporte para os profissionais:</p> <p>A restrição de líquidos é crucial para manter o corpo sem excesso de</p>	<ul style="list-style-type: none"> - orientação verbal; - orientação escrita. 	<ul style="list-style-type: none"> - impresso profissional. 	<p>Enfermeiros Médicos Nutricionistas Farmacêuticos</p>

	fluidos e, por consequência, evitar a descompensação da IC. Referências: CLEVELAND CLINIC, 2019; SOUZA; QUELUCI, 2014; YU et al., 2016.			
Informações quanto à alimentação	<p>Conteúdo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - orientar que deve ser seguida a dieta, conforme plano nutricional determinado para as suas condições clínicas – <i>plano nutricional em anexo</i>; - explicar o que ocorre quando o sódio está em excesso no corpo; - orientar quanto ao limite de consumo de sódio e à importância de fazer as adequações necessárias na dieta; - orientar que é importante ler rótulos dos alimentos, com atenção à dieta; - orientar para que sejam evitados alimentos industrializados, “comidas rápidas”, molhos e outros alimentos que contém muito sódio, como sopas prontas, enlatados, salgadinhos, embutidos, pizzas, hambúrgueres, macarrão instantâneo, molho de soja, picles etc.; - orientar para que sejam utilizados temperos naturais para o preparo das refeições, abandonando o consumo de temperos prontos, que contém muito sódio; - orientar para que, caso possível, seja realizado o plantio dos temperos de preferência em horta caseira para facilitar o consumo; - orientar para que não seja adicionado sal na comida após o preparo e que seja retirado o saleiro da mesa; - orientar aos que necessitarem de acompanhamento nutricional sobre a importância de manter contato frequente com nutricionista; - orientar para que a pessoa se alimente com pequenas porções em cada 	<ul style="list-style-type: none"> - orientação verbal; - orientação escrita. 	<ul style="list-style-type: none"> - impresso profissional; - encaminhamento para nutricionista, quando necessário. 	<p>Enfermeiros Médicos Nutricionistas Farmacêuticos</p>

	<p>horário, várias vezes durante o dia, pois pode ajudar na digestão e evitar a plenitude gástrica após a refeição (o mesmo se aplica para a ingestão de líquidos);</p> <ul style="list-style-type: none"> - orientar para que a pessoa evite permanecer muito tempo sem se alimentar, para que não exagere na próxima refeição; - orientar que a refeição da noite (jantar) aconteça algum tempo antes de deitar, para que não haja incômodo no período da noite; - orientar para que a pessoa diminua o consumo de cafeína. <p>Suporte para o profissional:</p> <p>O sódio, se estiver em excesso no corpo, pode aumentar a quantidade de líquido extra, podendo aumentar a pressão arterial e exigir aumento da força de bombeamento do coração.</p> <p>Importante entender que “sal” e “sódio” não são a mesma coisa; o sal é uma mistura de sódio com outra substância. O sal em excesso, por si só, é prejudicial à saúde, mas muitos alimentos que não têm sabor salgado ou que você não adiciona sal pode conter muito sódio.</p> <p>Os rótulos dos alimentos devem ser lidos com atenção, pois o potássio pode ser usado como conservante ou como substituto do sal.</p> <p>Referências: CLEVELAND CLINIC, 2019; HAMADA et al., 2018; MOUNT SINAI, 2018; NEW YORK-PRESBITERIAN HOSPITAL, 2019.</p>			
--	--	--	--	--

<p>Informações quanto ao abandono do tabagismo e redução do consumo de bebidas alcoólicas</p>	<p>Conteúdo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - orientar sobre a importância de abandonar o hábito de fumar; - orientar que a pessoa evite o “fumo passivo”, ou seja, evite ficar próximo de pessoas que estiverem fumando e solicite que as pessoas não fumem em casa; - orientar que, caso seja necessário, a pessoa pode solicitar auxílio para parar de fumar; - orientar sobre a importância de abandonar o hábito de consumir bebidas alcoólicas, pois qualquer quantidade de álcool pode levar à descompensação do coração e comprometer a ação dos medicamentos; - encaminhar para buscar suporte no serviço de saúde próximo à residência para o controle do tabagismo. <p>Suporte para o profissional:</p> <p>As bebidas alcoólicas e o fumo alteram a pressão arterial, consequentemente o bombeamento do coração, o que agrava a doença. Ademais, as bebidas alcoólicas interferem na ação dos medicamentos.</p> <p>Referências: HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS, 2013; MOUNT SINAI, 2018; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2018; SOUZA; QUELUCI, 2014; YU et al., 2016.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - orientação verbal; - orientação escrita. 	<ul style="list-style-type: none"> - impresso profissional; - encaminhamento para grupos de tabagismo e/ou etilismo. 	<p>Enfermeiros Médicos Nutricionistas Farmacêuticos Psicólogos Fisioterapeutas</p>
<p>Informações quanto aos cuidados para prevenção de outros agravos</p>	<p>Conteúdo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - orientar quanto a necessidade de buscar o serviço de saúde para verificar a carteira de vacinação e vacinar contra pneumonia e gripe, além de outras conforme a necessidade; - orientar quanto à procura do serviço de saúde para avaliação e acompanhamento da saúde bucal; - orientar quanto à importância de controlar a pressão arterial em casa ou no 	<ul style="list-style-type: none"> - orientação verbal; - orientação prática da medida da pressão arterial. 	<ul style="list-style-type: none"> - impresso profissional; - aparelho de pressão automático; - encaminhamento 	<p>Enfermeiros Médicos Nutricionistas Farmacêuticos Psicólogos</p>

	<p>serviço de saúde;</p> <ul style="list-style-type: none"> - ensinar a automedida da pressão arterial; - orientar quanto à importância de controlar a glicemia em casa ou no serviço de saúde. <p>Suporte para o profissional:</p> <p>As medidas de prevenção de outros agravos devem ser ressaltadas para evitar a descompensação da insuficiência cardíaca.</p> <p>Referências: INC, 2018; MOUNT SINAI, 2018; SOUZA; QUELUCI, 2014; UW MEDICINE, 2019.</p>		<p>para avaliação da saúde bucal;</p> <ul style="list-style-type: none"> - encaminhamento para vacinação. 	
--	---	--	--	--

EXERCÍCIOS/ATIVIDADES FÍSICAS

Tema	Conteúdo e Suporte	Forma	Recursos	Responsável
<p>Informações quanto à realização de exercícios / atividades físicas</p>	<p>Conteúdo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - orientar quanto aos exercícios respiratórios, incentivando para que possa agir com disciplina e motivação; - orientar que a pessoa participe de caminhadas e outros exercícios físicos, sob supervisão de um profissional; - orientar que, sempre que for necessário, a pessoa deverá conversar com o médico ou fisioterapeuta sobre a rotina de exercícios, pois, em alguns momentos, pode ser necessário evitar certos exercícios ou ter outras restrições; - orientar, quando necessário, que a pessoa busque o(s) centro(s) de reabilitação cardíaca para triagem, avaliação e possível acompanhamento; - orientar que a pessoa procure academias ao ar livre e centros comunitários, se já estiver liberado para a realização de atividades e caso seja mais viável 	<ul style="list-style-type: none"> - orientação verbal; - orientação escrita. 	<ul style="list-style-type: none"> - impresso profissional; - Respirom®; - encaminhamento para centro de reabilitação, quando necessário. 	<p>Médicos Fisioterapeutas Enfermeiros</p>

	<p>financeiramente.</p> <p>Suporte para o profissional:</p> <p>As atividades físicas promovem a melhoria das capacidades ventilatória e circulatória, nos funcionamentos gastrointestinal e urinário, além de melhorar o humor e a qualidade do sono e promover a perda de peso.</p> <p>Referências: CLEVELAND CLINIC, 2019; NEW YORK-PRESBITERIAN HOSPITAL, 2019; SUNA et al., 2015.</p>			
--	---	--	--	--

ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

Tema	Conteúdo e Suporte	Forma	Recursos	Responsável
<p>Informações quanto à realização de atividades</p>	<p>Conteúdo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - orientar que a pessoa retorne aos poucos às tarefas corriqueiras e que deve tentar realizá-las sozinho(a) e só pedir ajuda caso não seja possível; - orientar que a pessoa evite atividades que produzam cansaço; - orientar que a pessoa faça pausas antes, durante e depois das atividades ou mude a maneira de fazê-las, reduzindo-a ou dividindo-as em pequenas tarefas; - orientar quanto à importância de dormir o suficiente no período da noite; - orientar que a pessoa tome atitudes para reduzir o estresse, definindo limites para si mesmo; - orientar que a pessoa organize as atividades de vida diária, de forma a permitir períodos de soneca e repouso; - orientar sobre a importância de descansar o suficiente para colocar também o coração em repouso; 	<p>- orientação verbal.</p>		<p>Enfermeiros Fisioterapeutas Assistentes sociais Psicólogos</p>

	<p>- orientar quanto à necessidade de adaptação em casa para facilitar a movimentação, caso seja possível;</p> <p>- orientar que a pessoa evite subir escadas de forma contínua, fazendo pausas conforme a necessidade de descanso.</p> <p>Suporte para o profissional:</p> <p>Geralmente, uma pessoa necessita de 7 a 8 horas de sono por noite, mas o período deve ser seguido de acordo com a necessidade de cada um.</p> <p>Não é necessário atender às demandas e expectativas dos outros. A pessoa deve gerenciar seu tempo, definindo prioridades e expectativas realistas, entendendo que não se pode controlar tudo na vida.</p> <p>A adaptação das atividades de vida diária deve estar de acordo com as condições clínicas da pessoa e do contexto sócio-econômico.</p> <p>Referências: CLEVELAND CLINIC, 2019; COCCHIERI et al., 2015; UCSF HEALTH, 2019; UW MEDICINE, 2019.</p>			
<p>Informações em casos de viagens</p>	<p>Conteúdo:</p> <p>- orientar que a pessoa questione sempre o médico sobre planos de viagem e certifique-se da quantidade de medicamentos necessária para a duração da viagem ou da possibilidade de adquiri-los quando estiver fora da cidade;</p> <p>- orientar a pessoa para embalar os medicamentos na bagagem de mão, em casos de viagens de avião; pode ser necessária uma carta do médico sobre os medicamentos, principalmente em viagens internacionais.</p> <p>Suporte para o profissional:</p> <p>O tratamento não deve limitar viagens e passeios, no entanto deve-se orientar o planejamento para a continuidade do mesmo.</p> <p>Referências: CLEVELAND CLINIC, 2019.</p>	<p>- orientação verbal.</p>	<p>- cartão de identificação e medicações em uso.</p>	<p>Enfermeiros Fisioterapeutas Médico Assistentes sociais Psicólogos</p>

ATIVIDADE SEXUAL				
Tema	Conteúdo e Suporte	Forma	Recursos	Responsável
Informações quanto à atividade sexual	<p>Conteúdo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - investigar se a atividade sexual se constitui em uma preocupação; - orientar quanto ao retorno à vida sexual, conforme as condições clínicas; - orientar quanto à importância de conversar com o(a) parceiro(a) a respeito da atividade sexual. <p>Suporte para o profissional:</p> <p>A sexualidade promove melhoria na auto-estima e na qualidade de vida. Deve ser estimulada nas pessoas sexualmente ativas.</p> <p>Referências: ABREU E SOUZA et al., 2019; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2018.</p>	- orientação verbal.		Enfermeiros Médicos Psicólogos

RECURSOS EXISTENTES				
Tema	Conteúdo e Suporte	Forma	Recursos	Responsável
Informações quanto ao processo de referência-contrarreferência	<p>Conteúdo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - orientar quanto à importância de dar continuidade nos encaminhamentos solicitados na alta; caso seja necessário, procurar o serviço de saúde próximo à residência para esclarecimentos. - orientar quanto às consultas agendadas e a importância de seu comparecimento, cuja data será agendada de acordo com a Classificação Funcional da New York Heart Association (NYHA), a saber: as pessoas que foram internadas com classe funcional III e IV devem ser agendadas para retorno em até 14 dias com o cardiologista no hospital e aquelas com classe 	<ul style="list-style-type: none"> - orientação verbal; - orientação escrita. 	<ul style="list-style-type: none"> - encaminhamentos / relatórios; - cartão de identificação. 	Enfermeiros Médicos Fisioterapeutas Nutricionistas Farmacêuticos Psicólogos Assistentes sociais

	<p>I e II devem ser encaminhadas para o clínico geral da rede; caso não haja previsão de data para consulta com o clínico geral da rede, poderá ser agendada consulta com o clínico geral ou com o cardiologista do hospital em até 30 dias;</p> <ul style="list-style-type: none"> - orientar que a pessoa esteja munida com cartão de identificação com dados relacionados à doença, medicações em uso e contato telefônico; - referenciar a pessoa com IC e familiares ao serviço e profissional de saúde para o acompanhamento. <p>Suporte para o profissional:</p> <p>Os encaminhamentos para os serviços de contrarreferência devem ser realizados de acordo com as necessidades de cada pessoa e devem ser enfatizados para garantir a continuidade da assistência.</p> <p>Referências: CLEVELAND CLINIC, 2019; HOOVER et al., 2017; MCALISTER et al., 2016.</p>			
--	---	--	--	--

CUIDADOS PALIATIVOS

Tema	Conteúdo e Suporte	Forma	Recursos	Responsável
<p>Informações quanto aos cuidados paliativos</p>	<p>Conteúdo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - orientar que a pessoa tem o direito participar das tomadas de decisões quanto aos cuidados, com demonstração de suas percepções acerca do tratamento e dos ajustes necessários para adaptar-se a ele; - orientar que a pessoa pode disponibilizar um documento legal, denominado Diretivas Antecipadas, para que familiares, amigos e profissionais de saúde saibam dos seus desejos em relação aos cuidados de saúde; - conversar com os familiares, a fim de que todos estejam cientes das 	<ul style="list-style-type: none"> - orientação verbal; - orientação escrita. 	<p>- relatório sobre a condição de paliatividade.</p>	<p>Enfermeiros Médicos Fisioterapeutas Nutricionistas Farmacêuticos Psicólogos Assistentes sociais</p>

	<p>preferências de atendimento médico da pessoa;</p> <p>- referenciar a pessoa com IC e familiares ao serviço e profissional de saúde para acompanhamento.</p> <p>Suporte para o profissional:</p> <p>As preferências da pessoa com IC para os cuidados paliativos devem ser respeitadas, com vistas à autonomia e à qualidade de vida.</p> <p>Referências: CLEVELAND CLINIC, 2019; O'DONNELL et al., 2018; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2018.</p>			
--	--	--	--	--

DIREITOS DA PESSOA COM IC E FAMILIARES

Tema	Conteúdo e Suporte	Forma	Recursos	Responsável
<p>Informações quanto aos direitos de compreender sobre a doença</p>	<p>Conteúdo:</p> <p>- orientar que a pessoa tem o direito de saber sobre o prognóstico; conforme cada caso, saber informações sobre cuidados paliativos;</p> <p>- verificar o entendimento do paciente e familiar/cuidador e reforçar as orientações sobre o autocuidado, conforme a necessidade;</p> <p>- orientar que a pessoa tem o direito de ter um cuidador/familiar que o acompanhe em suas atividades e que esteja envolvido no plano de tratamento;</p> <p>- entregar material por escrito com as prescrições e orientações;</p> <p>- certificar-se de que a pessoa e os familiares tenham entendido o conteúdo e, caso seja necessário, fazer a leitura do material em conjunto, esclarecendo as questões que ficarem em dúvida;</p> <p>- orientar que a pessoa e familiares utilizem o material recebido para leituras;</p>	<p>- orientação verbal;</p> <p>- orientação escrita.</p>	<p>- impresso profissional.</p>	<p>Enfermeiros</p> <p>Médicos</p> <p>Fisioterapeutas</p> <p>Nutricionistas</p> <p>Farmacêuticos</p> <p>Psicólogos</p> <p>Assistentes sociais</p>

	<p>- orientar que a pessoa e familiares procurem o serviço de saúde para esclarecimentos, caso haja dúvidas.</p> <p>Suporte para o profissional:</p> <p>A valorização da cidadania da pessoa com IC e familiares envolve o esclarecimento dos direitos e das informações de acesso a esses.</p> <p>Referências: NEW YORK-PRESBITERIAN HOSPITAL, 2019; YU et al., 2016.</p>			
<p>Informações quanto ao acesso gratuito às medicações</p>	<p>Conteúdo:</p> <p>- orientar quanto aos medicamentos prescritos que são disponibilizados pelo governo mediante processo assinado pelo médico; explicar o que deve ser feito após a alta, com as orientações para a aquisição do(s) medicamento(s);</p> <p>- orientar quanto à procura do serviço de saúde próximo à residência para adquirir os medicamentos que são disponibilizados pelo governo;</p> <p>- orientar quanto ao acesso às farmácias convencionais, questionando se as mesmas são cadastradas na chamada “Farmácia Popular”; orientar que, em alguns locais, é necessária documentação para a aquisição de medicamentos com baixo custo;</p> <p>- orientar quanto à procura do serviço de saúde próximo à residência para garantia do acesso à receita e à renovação da mesma;</p> <p>- orientar que a pessoa e familiares procurem o serviço de saúde próximo à residência caso haja alguma dúvida quanto ao acesso aos medicamentos.</p> <p>Suporte para o profissional:</p> <p>A valorização da cidadania da pessoa com IC e familiares envolve o esclarecimento dos direitos e das informações de acesso a esses.</p> <p>Referências: ALMEIDA et al., 2019.</p>	<p>- orientação verbal;</p> <p>- orientação escrita.</p>	<p>- processo para solicitação de medicamentos padronizado na instituição.</p>	<p>Enfermeiros</p> <p>Médicos</p> <p>Assistentes sociais</p> <p>Farmacêuticos</p>

<p>Informações quanto ao retorno à vida profissional</p>	<p>Conteúdo: - conversar sobre o retorno à vida profissional, com discussão sobre o tipo de trabalho que executa e sobre os possíveis efeitos no problema de coração; explicar que pode ser necessário fazer adaptações para o retorno ao trabalho.</p> <p>Suporte para o profissional: O retorno à vida profissional deve ser valorizado, com vistas à autonomia e ao empoderamento da pessoa com IC.</p> <p>Referências: CLEVELAND CLINIC, 2019.</p>	<p>- orientação verbal.</p>		<p>Enfermeiros Médicos Fisioterapeutas Psicólogos Assistentes sociais</p>
<p>Informações quanto aos benefícios concedidos pelo governo</p>	<p>Conteúdo: - orientar quanto à procura do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) para proceder às questões previdenciárias, incluindo a isenção do imposto de renda na aposentadoria, reforma ou pensão, pelo número 135 (Previdência Social); em condições de limitação e dificuldade da pessoa e/ou familiares, realizar o contato direto com a Previdência Social;</p> <p>- orientar quanto à procura da instituição responsável pelo serviço de transportes da cidade para inclusão do paciente e/ou cuidador em programa sobre gratuidade do transporte ao portador de doença crônica, como vale-social, passe-livre e Tratamento Fora do Domicílio-TFD;</p> <p>- orientar quanto à procura de instituições responsáveis por auxílios financeiros, como o Benefício de Prestação Continuada-BPC.</p> <p>- orientar quanto à procura da Defensoria Pública para resolver questões relacionadas à curatela e/ou procuração ou ao óbito do paciente, no que se refere ao registro em cartório, gratuidade do sepultamento e pensão por morte.</p> <p>- orientar quanto à procura do Serviço Social de referência, em casos de</p>	<p>- orientação verbal; - orientação escrita.</p>	<p>- impresso profissional; - encaminhamento para assistente social do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS); - encaminhamento para Acesso Livre (Mobilidade Urbana).</p>	<p>Enfermeiros Médicos Psicólogos Assistentes sociais</p>

	<p>internação, para solicitar autorização para permanência do familiar;</p> <p>- orientar quanto à procura da Defensoria Pública para garantir o direito de presença de acompanhante (legislação ou rotina institucional).</p> <p>Suporte para o profissional:</p> <p>A valorização da cidadania da pessoa com IC e familiares envolve o esclarecimento dos direitos e das informações de acesso a esses.</p> <p>Referências: INC, 2018.</p>			
--	--	--	--	--

EMPODERAMENTO PARA AUTONOMIA E AUTOCUIDADO

Tema	Conteúdo e Suporte	Forma	Recursos	Responsável
<p>Informações para autonomia e autocuidado</p>	<p>Conteúdo:</p> <p>- orientar que a pessoa deve se estimular diariamente para a realização de atividades, seja em casa, na rua, no centro comunitário etc.;</p> <p>- orientar quanto à importância de motivar-se para a procura dos serviços orientados na alta, seja para consultas e exames ou para a aquisição de medicamentos etc.;</p> <p>- orientar quanto à importância de perceber que, quando o tratamento é seguido corretamente, pode-se viver com mais qualidade de vida.</p> <p>- orientar a procurar o Serviço Social do hospital durante a semana, caso a alta hospitalar aconteça em finais de semana.</p> <p>Suporte para o profissional:</p> <p>O estímulo para o autocuidado à pessoa com IC e familiares é fundamental para desenvolver a autonomia e o empoderamento.</p> <p>Referências: YU et al., 2015.</p>	<p>- orientação verbal.</p>		<p>Enfermeiros Médicos Fisioterapeutas Nutricionistas Farmacêuticos Psicólogos Assistentes sociais</p>

8 CONCLUSÃO

O protocolo multiprofissional de alta hospitalar às pessoas com IC e familiares foi construído por meio da triangulação de métodos, revisão integrativa, pesquisa nos websites e grupos focais, o que permitiu a intersecção entre teoria, pesquisa e prática.

Na revisão integrativa, constataram-se lacunas do conhecimento relacionado aos sinais e sintomas da IC e à atividade sexual

A pesquisa nos *websites* das instituições hospitalares de referência em cardiologia permitiu identificar importantes orientações em linguagem simples e clara que instrumentalizaram a elaboração do protocolo.

A aproximação com a prática assistencial, como determina a Pesquisa Convergente Assistencial, por meio dos grupos focais multiprofissionais, foi fundamental para identificar as orientações que são oferecidas às pessoas com IC e familiares na prática cotidiana e de acordo com a realidade institucional. A participação da equipe numa perspectiva interprofissional foi muito relevante não apenas para a construção do protocolo, mas sobretudo, para dar visibilidade as competências profissionais e determinar a sua corresponsabilidade no cuidado à pessoa com IC. Percebeu-se a dificuldade em determinar a competência profissional para determinadas orientações, particularmente no que se refere à ingestão de líquidos, alimentação, tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas, o que em consenso passou a ser de responsabilidade da maioria da equipe. A atividade sexual não é um tema abordado na alta, talvez por considerarem esse assunto ainda um tabu.

A análise do protocolo pelos profissionais possibilitou a sua readequação, com vistas a sua viabilidade e exequibilidade à realidade institucional, imprescindível na Pesquisa Convergente Assistencial.

Compreende-se a relevância do conteúdo do protocolo multiprofissional de alta hospitalar às pessoas com IC, por se tratar de uma ferramenta gerencial que pode ser utilizada no processo de trabalho em saúde. As ações desenvolvidas pela equipe multiprofissional promovem o autocuidado, maior autonomia no enfrentamento da doença e no engajamento no processo terapêutico e favorecem o envolvimento dos familiares como corresponsáveis no processo de recuperação.

Ademais, contribui para a dialogicidade e a interação entre os profissionais, considerando-se a sistematização das orientações de acordo com a necessidade da pessoa com IC, bem como para o processo de contrarreferência.

Acrescenta-se a otimização e a qualificação do trabalho do enfermeiro, considerando-se que, muitas vezes, é o profissional que tem maior contato com a pessoa com IC e familiares durante a internação hospitalar. Além disso, salienta-se seu importante papel integrador entre os outros profissionais, a pessoa com IC e familiares e a comunidade. Reforça-se a importância da comunicação entre os profissionais da equipe, num exercício diário de interdisciplinaridade, com vistas ao cuidado holístico, humanizado e transformador, centrado na pessoa com IC e não na doença.

Em cumprimento à Pesquisa Convergente Assistencial, o protocolo estará disponível para implementação e contínua avaliação na instituição cenário do estudo, com vistas à otimização do processo de trabalho da equipe multiprofissional no cuidado à pessoa com IC e seus familiares. Espera-se, ainda, que este estudo possa subsidiar a construção do protocolo em outras realidades institucionais para favorecer a continuidade do cuidado.

Considera-se como limitação deste estudo o fato de não terem sido incluídas todas as instituições de referência em cardiologia mundiais para análise das orientações.

Sugere-se, como desdobramento, a construção de uma ferramenta tecnológica do protocolo multiprofissional de alta hospitalar às pessoas com IC e familiares e a implementação pela equipe multiprofissional.

REFERÊNCIAS

- ABREU E SOUZA, T. C. T. DE O. de et al. O difícil cotidiano dos pacientes com insuficiência cardíaca. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 11, n. 5, p. 1340, 2019.
- AGGELOPOULPOU, Z. et al. The level of anxiety, depression and quality of life among patients with heart failure in Greece. **Applied Nursing Research**, v. 34, p. 52–56, 2017.
- ALBERT, N. M. et al. Transitions of care in heart failure: A scientific statement from the American heart association. **Circulation: Heart Failure**, v. 8, n. 2, p. 384–409, 2015.
- ALBUQUERQUE, D. C. de et al. I registro Brasileiro de insuficiência Cardíaca – Aspectos clínicos, qualidade assistencial e desfechos hospitalares. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 104, n. 6, p. 433–442, 2015.
- ALMEIDA, A. T. C. et al. Impacto do programa farmácia popular do Brasil sobre a saúde de pacientes crônicos. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, 2019, p. 1-11.
- ALMEIDA, D. R.; ALVES, E. R.; OLIVEIRA, C. A. L. Tratamento da Insuficiência Cardíaca Crônica. In: MAGALHÃES, C. C. et al. [Ed.] **Tratado de cardiologia SOCESP**. 3.ed. São Paulo: Manole, 2015. p. 629-638.
- ALVES, J. E. D. Transição demográfica, transição da estrutura etária e envelhecimento. **Revista Portal de Divulgação**, v. 40, Ano IV, p. 8–15, 2014.
- ANDRIETTA, M. P.; MOREIRA, R. S. L.; BARROS, A. L. B. L. Plano de alta hospitalar a pacientes com insuficiência cardíaca congestiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 6, p. 1445–1452, 2011.
- BARROS, A. A. G. et al. Avaliação da eficácia do protocolo para cirurgia segura do quadril (artroplastia total). **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 52, n. S 1, p. 29–33, 2017.
- BLACHMAN, N. L.; BLAUM, C. S. Integrating care across disciplines. **Clinics in Geriatric Medicine**, v. 32, n. 2, p. 373–383, 2016.
- BOCCHI, E. A.; WETTEN, M. P.; FERREIRA, S. M. A. Epidemiologia, Fisiopatologia e Diagnóstico da Insuficiência Cardíaca. In: MAGALHÃES, C. C. et al. [Ed.] **Tratado de cardiologia SOCESP**. 3.ed. São Paulo: Manole, 2015. p.597-613.
- BONDERSKI, V. et al. Pharmacy-based approach to improving heart failure medication use by older adults with limited health literacy: learning from interdisciplinary experience. **Drugs and Aging**, n. 123456789, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40266-018-0586-7>. Acesso em: 30 jan 2019.
- BORENSTEIN, M. S. et al. Mercedes trentini: A trajetória profissional e sua contribuição na inovação da pesquisa na enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 3, p. 1–11, 2017.
- BORGES, J. H. **Cuidados de enfermagem a pacientes em uso de varfarina**. 19f. Trabalho

de Conclusão de Curso (Pós-Graduação Lato Sensu em Enfermagem) - Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí, 2017.

BOZKURT, B.; MANN, D.L. Shortness of Breath. **Circulation**, v. 108, 2003, p.e11-e13.

BRANCO, J. N. R.; VARGAS, G. F.; BUFFOLO, E. Tratamento Cirúrgico da Insuficiência Cardíaca. In: MAGALHÃES, C. C. et al. [Ed.] **Tratado de cardiologia SOCESP**. 3.ed. São Paulo: Manole, 2015. p.649-660.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília, 2013a. 28p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado_pessoas%20doencas_cronicas.pdf. Acesso: 17 out 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3390, de 30 de dezembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília, 2013b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html. Acesso em 22 de outubro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013** - Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, 2013c. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso: 07 out 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília, 2014a. 160p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf. Acesso: 06 out 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 483, de 01 de abril de 2014** - Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Brasília, 2014b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html. Acesso: 17 out 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília, 2014c. 40p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso: 07 out 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes metodológicas: elaboração de diretrizes clínicas**. Brasília, 2016. 107p. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2016/Diretrizes_Metodologicas_WEB.pdf. Acesso em: 02 out 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sobre a vigilância de doenças crônicas não-transmissíveis**.

Brasília, 2018. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/noticias/43036-sobre-a-vigilancia-de-dcnt>. Acesso: 17 out 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) - Datasus**. Brasília, 2019a. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/niuf.def>. Acesso: 30 outubro 2019.

BRASIL. Controladoria Geral da União. **Portal da Transparência**. Brasília, 2019b. Disponível em: <https://www.portaldatransparencia.gov.br/funcoes/10-saude?ano=2019>. Acesso em: 30 out 2019.

BREATHETT, K. et al. Patient perceptions on facilitating follow-up after heart failure hospitalization. **Circulation: Heart Failure**, v. 10, n. 6, p. 1–6, 2017. Disponível em: <http://ahajournals.org>. Acesso em: 30 jan 2019.

CALEGARI, L. et al. Efeitos do treinamento aeróbico e do fortalecimento em pacientes com insuficiência cardíaca. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 23, n. 2, p. 123–127, 2017.

CARDOSO, J. N.; LIMA, M. V. Insuficiência cardíaca - classificação e prognóstico. In: MAGALHÃES, C. C. et al. [Ed.] **Tratado de cardiologia SOCESP**. 3.ed. São Paulo: Manole, 2015. p.614-621.

CARRAPATO, P.; CORREIA, P.; GARCIA, B. Determinante da saúde no Brasil: A procura da equidade na saúde. **Saude e Sociedade**, v. 26, n. 3, p. 676–689, 2017.

CARVALHO, K. R. **O prontuário como fonte de informação**. 23f. Relatório (Curso Técnico (Registro e Informações em Saúde) - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia, Porto Alegre, 2016.

CASTILLO, J. S.-P.; SÁNCHEZ, F. A. L. Insuficiencia cardíaca. Generalidades. **Medicine (Spain)**, v. 12, n. 35, p. 2085–2091, 2017.

CLEVELAND CLINIC. **Health library**. 2019. Disponível em: <https://my.clevelandclinic.org/health?letter=H>. Acesso em: 28 janeiro 2019.

COCCHIERI, A. et al. Describing self-care in Italian adults with heart failure and identifying determinants of poor self-care. **European Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 14, n. 2, p. 126–136, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (COFFITO). **Resolução nº 400/2011**. Disciplina a especialidade profissional de Fisioterapia Respiratória e dá outras providências. 2011. Disponível em: <https://coffito.gov.br/nsite/?p=3163>. Acesso em: 11 nov 2019.

COWIE, M. R. et al. The optimize heart failure care program: initial lessons from global implementation. **International Journal of Cardiology**, v. 236, p. 340–344, 2017.

CRUZ, L. C.; FINE, J. S.; NORI, S. Barriers to discharge from inpatient rehabilitation: a teamwork approach. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v. 30, n. 2,

p. 137–147, 2017.

DAVID, D. et al. Self-care in heart failure hospital discharge instructions - differences between nurse practitioner and physician providers. **Journal for Nurse Practitioners**, v. 14, n. 1, p. 18–25, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2017.09.013>. Acesso em: 30 jan 2019.

DAVIDSON, P. M. et al. Multidisciplinary management of chronic heart failure: principles and future trends. **Clinical Therapeutics**, v. 37, n. 10, p. 2225–2233, 2015.

DI PALO, K. E. et al. Implementation of a patient navigator program to reduce 30-day heart failure readmission rate. **Progress in Cardiovascular Diseases**, v. 60, n. 2, p. 259–266, 2017.

DOMINGUES, B. et al. Influência do estado nutricional na insuficiência cardíaca. **Acta Portuguesa de Nutrição**, v. 5, p. 18–22, 2016.

EASTWOOD, C. A. et al. Factors associated with 7-day rehospitalization after heart failure admission. **Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 32, n. 4, p. 339–347, 2016.

FARMAKIS, D. et al. In-hospital management of acute heart failure: Practical recommendations and future perspectives. **International Journal of Cardiology**, v. 201, p. 231–236, 2015.

FERREIRA, J. et al. Atuação do fisioterapeuta em enfermagem hospitalar no Brasil. **Fisioterapia Brasil**, v. 18, n. 6, p. 788–799, 2017.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 405p.

FLORES-VILLEGAS, B.; FLORES-LAZCANO, I.; LAZCANO-MENDOZA, M.L. Edema. Enfoque clínico. **Medicina Interna do México**, v. 30, n. 1, p. 51-55, 2014.

GAMBOA, C. R. Insuficiencia cardíaca crónica. **Medicine (Spain)**, v. 12, n. 35, p. 2100–2115, 2017.

GAUI, E. N.; KLEIN, C. H.; DE OLIVEIRA, G. M. M. Proportional mortality due to heart failure and ischemic heart diseases in the Brazilian regions from 2004 to 2011. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 107, n. 3, p. 230–238, 2016.

GÓES, F. G. B.; CABRAL, I. E. Discourses on discharge care for children with special healthcare needs. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 70, n. 1, p. 163–171, 2017.

GOLDMAN, J. et al. A sociological exploration of the tensions related to interprofessional collaboration in acute-care discharge planning. **Journal of Interprofessional Care**, v. 30, n. 2, p. 217–225, 2016.

GRANT, J. S.; GRAVEN, L. J.; FULLER, K. Problems experienced in the first month after discharge from a heart failure-related hospitalization. **Journal of Patient-Centered Research and Reviews**, v. 5, n. 2, p. 140–148, 2018.

HABAL, M. V. et al. Association of heart rate at hospital discharge with mortality and

hospitalizations in patients with heart failure. **Circulation: Heart Failure**, v. 7, n. 1, p. 12–20, 2014.

HAMADA, T. et al. Predictive factors of rehospitalization for worsening heart failure and cardiac death within 1 year in octogenarians hospitalized for heart failure. **Geriatrics and Gerontology International**, v. 18, n. 1, p. 101–107, 2018.

HERDY, A. et al. Diretriz sul-americana de prevenção e reabilitação cardiovascular. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 103, n. 2, p. 1–31, 2014.

HOOVER, C.; PLAMANN, J.; BECKEL, J. Outcomes of an interdisciplinary transitional care quality improvement project on self-management and health care use in patients with heart failure. **Journal of Gerontological Nursing**, v. 43, n. 1, p. 23–31, 2017. Disponível em: <http://www.healio.com/doiresolver?doi=10.3928/00989134-20160901-01>. Acesso em: 30 jan 2019.

HOSPITAL DO CORAÇÃO (HCOR). **Insuficiência cardíaca**. 2017. Disponível em: <https://www.hcor.com.br/especialidades-servicos/especialidades/cardiologia/insuficiencia-cardiaca/>. Acesso: 09 jan 2019.

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. **Cardiologia - insuficiência cardíaca**. 2016. Disponível em: <https://www.einstein.br/especialidades/cardiologia/doencas-sintomas/insuficiencia-cardiaca>. Acesso em: 28 jan 2019.

HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS. **Conhecimento e cuidado com a vida - manual do paciente**. 2013. Disponível em: <http://www.coracaonovo.org.br/pdf/coracao-novo-manual-paciente.pdf>. Acesso em: 30 jan 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA (INC). **Protocolo clínico de cuidados paliativos em cardiologia**. 2018. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/colecionasus/year/36725/36725-1693.pdf>. Acesso em: 31 jan 2019.

KINALSKI, D. D. F. et al. Focus group on qualitative research: experience report. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 70, n. 2, p. 424–429, 2017.

KNEBEL, I. L.; MARIN, A. H. Fatores psicossociais associados à doença cardíaca e manejo clínico psicológico : percepção de psicólogos e pacientes. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v. 21, n. 1, p. 112–131, 2018.

LASKEY, W. K. et al. Heart rate at hospital discharge in patients with heart failure is associated with mortality and rehospitalization. **Journal of the American Heart Association**, v. 4, n. 4, p. 1–19, 2015.

LEE, K. S.; MOSER, D. K.; DRACUP, K. Relationship between self-care and comprehensive understanding of heart failure and its signs and symptoms. **European Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 17, n. 6, p. 496–504, 2017.

LIMA, D. P.; LEITE, M. T. DE S.; CALDEIRA, A. P. Redes de Atenção à Saúde: a percepção dos médicos trabalhando em serviços de urgência. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 104, p. 65–75, 2015.

LIMA, T. A. M. DE. A interação entre a enfermagem e o serviço de farmácia hospitalar. **Enfermagem Brasil**, v. 16, n. 4, p. 190–192, 2017.

LIU, H. L. et al. The effects of a self-care program on patients with heart failure. **Journal of the Chinese Medical Association**, v. 78, n. 11, p. 648–656, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcma.2015.06.004>. Acesso em: 20 jan 2019.

LOKKER, M. E. et al. The prevalence and associated distress of physical and psychological symptoms in patients with advanced heart failure attending a south African medical center. **Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 31, n. 4, p. 313–322, 2016.

LOTUFO, P. A. Doenças cardiovasculares no mundo. In: MAGALHÃES, C. C. et al. [Ed.] **Tratado de cardiologia SOCESP**. 3.ed. São Paulo: Manole, 2015. p.2-10.

MALTA, D. C. et al. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, n. 4, p. 599–608, 2014.

MALTA, D. C. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Revista de Saude Publica**, v. 51, n. 1, p. 1S–10S, 2017.

MANGINI, S. et al. Insuficiência cardíaca descompensada. **Einstein (São Paulo)**, v. 11, n. 3, p. 383–391, 2013.

MANTOVANI, V. M. et al. Adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca em acompanhamento domiciliar por enfermeiros. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 28, n. 1, p. 41–47, 2015.

MARTINS, A. C. L. A. **Intervenção nutricional em doentes sob terapêutica anticoagulante oral com antagonistas da vitamina K**. Revisão temática (Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação, Universidade do Porto, 2017.

MAYO CLINIC. **Diseases & Conditions - heart failure**. 2017. Disponível em: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/heart-failure/symptoms-causes/syc-20373142>. Acesso em: 30 jan 2019.

McALISTER, F. A. et al. Early follow-up after a heart failure exacerbation: the importance of continuity. **Circulation: Heart Failure**, v. 9, n. 9, p. 1–9, 2016.

McALISTER, F. A. et al. Impact of physician continuity on death or urgent readmission after discharge among patients with heart failure. **Canadian Medical Association Journal**, v. 185, n. 14, p. E681–E689, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1038/nrcardio.2012.191>. Acesso em: 10 jan 2019.

McBRIDE, A. et al. The role of patient-held alert cards in promoting continuity of care for Heart Failure Patients. **European Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 13, n. 1, p. 71–77, 2014.

MELLO, J. M. et al. Internações por doenças crônicas não transmissíveis do sistema

circulatório, sensíveis À atenção primária à saúde. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 1, p. 1–11, 2017.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing and healthcare - a guide to best practice**. 4.ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2019. 868p.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. DE C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758–764, 2008.

MENNUNI, M. et al. ANMCO Position paper: hospital discharge planning: Recommendations and standards. **European Heart Journal**, v. 19, n. supplement D, p. D244–D255, 2017.

MESQUITA, E. T. et al. Understanding hospitalization in patients with heart failure. **International Journal of Cardiovascular Sciences**, v. 30, n. 1, p. 81–90, 2016.

MOSER, D. K. Heart failure: The increasing need for a focus on self-care. **Western Journal of Nursing Research**, v. 39, n. 4, p. 451–454, 2017.

MOUNT SINAI. **Heart failure - discharge**. 2018. Disponível em: <https://www.mountsinai.org/health-library/discharge-instructions/heart-failure-discharge>. Acesso em: 29 jan 2019.

MOURÃO NETTO, J. J.; DIAS, M. S. DE A.; GOYANNA, N. F. Uso de instrumentos enquanto tecnologia para a saúde. **Saúde em Redes**, v. 2, n. 1, p. 65–72, maio 2016.

NAMUKWAYA, E. et al. “I think my body has become addicted to those tablets”. Chronic heart failure patients’ understanding of and beliefs about their illness and its treatment: A qualitative longitudinal study from Uganda. **PLoS ONE**, v. 12, n. 9, p. 1–19, 2017.

NEW YORK PRESBYTERIAN. **Health library**. 2019. Disponível em: <https://www.healthwise.net/nyp/Content/StdDocument.aspx?DOCHWID=center1021>. Acesso em 10 de janeiro de 2019.

O’DONNELL, A. E. et al. Social worker-aided palliative care intervention in high-risk patients with heart failure (SWAP-HF). A pilot randomized clinical trial. **JAMA Cardiology**, v. 3, n. 6, p. 516–519, 2018.

OLIVEIRA JÚNIOR, M.T. et al. Tratamento da Insuficiência Cardíaca Aguda. In: MAGALHÃES, C.C. et al. [Ed.] **Tratado de cardiologia SOCESP**. 3.ed. São Paulo: Manole, 2015. p.622-628.

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). **Doenças cardiovasculares**. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=839. Acesso em: 09 abr 2018.

PATEL, P. H.; DICKERSON, K. W. Impact of the implementation of project re-engineered discharge for heart failure patients at a veterans affairs hospital at the central Arkansas veterans healthcare system. **Hospital Pharmacy**, v. 53, n. 4, p. 266–271, 2017.

PEATE, I. Coordinated discharge. **British Journal of Nursing**, v. 26, n. 3, p. 129, 2017.

PIMENTA, C.A. de M. et al. **Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem**. São Paulo: COREN, 2015. 50p. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf>. Acesso em: 20 maio 2019.

PIRANI, N.; KHIAMI, F. Population attributable fraction for cardiovascular diseases risk factors in selected countries: A comparative study. **Materia Socio Medica**, v. 29, n. 1, p. 35, 2017.

RAUPP, L. M. et al. Doenças crônicas e trajetórias assistenciais: Avaliação do sistema de saúde de pequenos municípios. **Physis**, v. 25, n. 2, p. 615–634, 2015.

REGALBUTO, R. et al. Joint commission requirements for discharge instructions in patients with heart failure: Is understanding important for preventing readmissions? **Journal of Cardiac Failure**, v. 20, n. 9, p. 641–649, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cardfail.2014.06.358>. Acesso em: 20 jan 2019.

RESSEL, L. B. et al. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 779–786, 2008.

REZENDE, R. W. da S. et al. Polifarmácia: Peculiaridades epidemiológicas, efeitos e atualidades. **Revista Brasileira de Educação e Saúde**, v. 9, n. 3, p. 50–55, 2019.

RIBAS, E. do N. et al. Nurse liaison: a strategy for counter-referral. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 71, n. supl 1, p. 546–553, 2018.

ROBLEK, T. et al. Clinical-pharmacist intervention reduces clinically relevant drug-drug interactions in patients with heart failure: A randomized, double-blind, controlled trial. **International Journal of Cardiology**, v. 203, p. 647–652, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijcard.2015.10.206>. Acesso em: 30 jan 2019.

ROUSE, G. W. et al. A comparative study of fluid management education before hospital discharge. **Heart and Lung: Journal of Acute and Critical Care**, v. 45, n. 1, p. 21–28, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.hrtlng.2015.11.003>. Acesso em: 20 jan 2019.

SALEM, K. et al. Congestive heart failure disease management program: 1-Year population experience from a tertiary center heart failure registry in Saudi Arabia. **Journal of the Saudi Heart Association**, v. 29, n. 2, p. 90–95, 2017.

SÁNCHEZ-AGUILERA, P.; CÁMARA, A. M.; SALVADOR, M. L. Insuficiencia cardíaca aguda. **Medicine (Spain)**, v. 12, n. 35, p. 2092–2099, 2017.

SANTANA, J. DE F. et al. Desafios e potencialidades da alfabetização em saúde no contexto do empoderamento: revisão sistemática da literatura. **Revista InterScientia**, v. 5, n. 1, p. 211–224, 2017.

SANTOS, C. T. B. DOS. Envelhecimento no Brasil: da formulação de políticas à estruturação de serviços de saúde integrais. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. 65, 2014.

SHEPHERD, M. R. et al. Evaluation of a pharmacist-managed heart failure education project. **Journal of Pharmacy Technology**, v. 31, n. 3, p. 120–126, 2015.

SHERER, A. P. et al. Predicting heart failure readmissions. **Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 31, n. 2, p. 114–120, 2016.

SILVA, A. T. et al. Assistência de enfermagem e o enfoque da segurança do paciente no cenário brasileiro. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 111, p. 292–301, 2016.

SILVA, E. M. DA; MOREIRA, M. C. N. Equipe de saúde: Negociações e limites da autonomia, pertencimento e reconhecimento do outro. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3033–3042, 2015.

SILVA, J. A. S. V. et al. Glosas hospitalares e o uso de protocolos assistenciais: revisão integrativa da literatura. **Rev. Adm. Saúde**, v. 17, n. 66, 2017.

SILVA, M. V. S. da; MIRANDA, G. B. N.; ANDRADE, M. A. de. Sentidos atribuídos à integralidade: Entre o que é preconizado e vivido na equipe multidisciplinar. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 21, n. 62, p. 589–599, 2017.

SILVA, S. F. da. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: Desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência e Saude Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2753–2762, 2011.

SIQUEIRA, A. de S. E.; SIQUEIRA-FILHO, A. G. de; LAND, M. G. P. Análise do impacto econômico das doenças cardiovasculares nos últimos cinco anos no Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 109, n. 1, p. 39–46, 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). Diretriz de reabilitação cardíaca. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.84, n.5, p. 431-440, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). Diretriz de reabilitação cardiopulmonar e metabólica: aspectos práticos e responsabilidades. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 86, n. 1, p. 74–82, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). Diretriz brasileira de insuficiência cardíaca crônica e aguda. **Arq. Bras. de Cardiol**, v. 111, n. 3, p. 436–539, 2018.

SOUZA, P.; QUELUCI, G. The art of caring for patients with heart failure at hospital discharge: considerations for nursing healthcare practice. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 6, n. 1, p. 153–167, 2014. Disponível em: http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2803/pdf_1085. Acesso em: 20 jan 2019.

STEVENSON, C. W. et al. Hearing the veteran's voice in congestive heart failure readmissions. **Professional Case Management**, v. 20, n. 4, p. 177–185, 2015.

SUNA, J. M. et al. The effect of a supervised exercise training programme on sleep quality in recently discharged heart failure patients. **European Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 14, n. 3, p. 198–205, 2015.

SZKILADZ, A. et al. Impact of pharmacy student and resident-led discharge counseling on heart failure patients. **Journal of Pharmacy Practice**, v. 26, n. 6, p. 574–579, 2013.

TADDEO, P. DA S. et al. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2923–2930, 2012.

TAVARES, N. U. L. et al. Factors associated with low adherence to medicine treatment for chronic diseases in Brazil. **Revista de Saude Publica**, v. 50, n. supl 2, p. 1–11, 2016.

TRENTINI, M. O processo convergente assistencial. In: TRENTINI, M.; PAIM, M.; SILVA, D. M. G. V.da. **Pesquisa Convergente Assistencial**. 3.ed. Porto Alegre: Moriá, 2014. 175p.

TRENTINI, M. Relação entre teoria, pesquisa e prática. **Revista da Escola de Enfermagem da U S P**, v. 21, n. 2, p. 135–143, 1987.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D. M. G. V. da. O método da pesquisa convergente assistencial e sua aplicação na prática de enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 4, p. 1–10, 2017.

TSAI, P. K. et al. Determinants of self-care decision-making in hospitalised patients with heart failure. **Journal of Clinical Nursing**, v. 24, n. 7–8, p. 1101–1111, 2014.

ULIN, K. et al. Person-centred care - An approach that improves the discharge process. **European Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 15, n. 3, p. e19–e26, 2015.

UNIVERSITY OF CALIFORNIA SAN FRANCISCO HEALTH - UCSF HEALTH. **Conditions & Treatments - Insuficiência cardíaca**. 2019. Disponível em: <https://www.ucsfhealth.org/conditions/heart-failure>. Acesso em: 28 jan 2019.

UNIVERSITY OF WASHINGTON MEDICINE - UW Medicine. **Heart failure**. 2019. Disponível em: <http://healthlibrary.uwmedicine.org/85,P00206>. Acesso em: 29 jan 2019.

VALENTE, S.H. et al. Problemas relacionados a medicamentos na transição de idosos do hospital para casa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.72, Suppl.2, 2019, p. 361-69.

VASCONCELOS, J. de M. B.; CALIRI, M. H. L. Nursing actions before and after a protocol for preventing pressure injury in intensive care. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 21, n. 1, 2017.

VINLUAN, C. M.; WITTMAN, D.; MORISKY, D. Effect of pharmacist discharge counselling on medication adherence in elderly heart failure patients: A pilot study. **Journal of Pharmaceutical Health Services Research**, v. 6, n. 2, p. 103–110, 2015.

WARDEN, B. A. et al. Pharmacy-managed program for providing education and discharge instructions for patients with heart failure. **American Journal of Health-System Pharmacy**, v. 71, n. 2, p. 134–139, 2014.

WEVER-PINZON, O.; DRAKOS, S. G.; FANG, J. C. Team-based care for advanced heart failure. **Heart Failure Clinics**, v. 11, n. 3, p. 467–477, 2015.

WOODS, D.J. O papel dos farmacêuticos hospitalares na prevenção de reações adversas a medicamentos. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**, v.8, n.2, 2017, p.4-5.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global action plan for the prevention and control of non-communicable diseases 2013-2020**. Switzerland: WHO Document Production Services, 2013. 55p. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf?sequence=1. Acesso em: 15 out 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Heart Day 2017 – Scale up prevention of heart attack and stroke**. Update in 2017. Disponível em: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/world-heart-day-2017/en/. Acesso em: 09 abr 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Patient safety**. 2019a. Disponível em: <https://who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>. Acesso em: 07 out 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Cardiovascular diseases (CVDs)**. 2019b. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-cvds>. Acesso em: 22 out 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Non-communicable diseases (NCD) country profiles**. 2018a. Disponível em: https://www.who.int/nmh/countries/bra_en.pdf?ua=1. Acesso em: 17 out 2019.

WOTTRICH, S. H. et al. “Manifestos do coração”: Significados atribuídos à doença por pacientes cardíacos pré-cirúrgicos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 31, n. 2, p. 213–219, 2015.

YOKOTA, R. T. de C. et al. Contribution of chronic conditions to gender disparities in disability in the older population in Brazil, 2013. **International Journal of Public Health**, v. 61, n. 9, p. 1003–1012, 2016.

YOUNG, J.B. Heart failure. © 2018 **Encyclopædia Britannica, Inc.** [INTERNET] Disponível em: <https://academic-eb-britannica.ez37.periodicos.capes.gov.br/levels/collegiate/article/heart-failure/39721>. Acesso em: 27 abr 2018.

YU, M. et al. Information needs of patients with heart failure: Health professionals’ perspectives. **International journal of nursing practice**, v. 22, n. 4, p. 348–355, 2016.

_____. A health education booklet and telephone follow-ups can improve medication adherence, health-related quality of life, and psychological status of patients with heart failure. **Heart and Lung: Journal of Acute and Critical Care**, v. 44, n. 5, p. 400–407, 2015. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.hrtlng.2015.05.004>. Acesso em: 30 jan 2019.

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Orientações de alta hospitalar à pessoa com Insuficiência Cardíaca: construção e validação de protocolo multiprofissional

Pesquisador: GERUZA MARIA DA SILVA GONCALVES MANFREDINI

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 98300918.0.0000.5142

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - UNIFAL-MG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.071.413

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa de mestrado, submetido pela aluna, a ser realizado com financiamento próprio, sem menção quanto a conflitos de interesse.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Construir e validar um protocolo multiprofissional de alta hospitalar à pessoa com Insuficiência Cardíaca e familiares.

Objetivo Secundário: Identificar, por meio de revisão integrativa, as orientações multiprofissionais para a continuidade no cuidado à pessoa com Insuficiência Cardíaca e familiares após a alta hospitalar; Apreender da equipe multiprofissional as orientações fornecidas à pessoa com Insuficiência Cardíaca e familiares na alta hospitalar; Elaborar o protocolo multiprofissional de alta hospitalar à pessoa com Insuficiência Cardíaca e familiares com base na literatura encontrada e na vivência dos profissionais; Realizar a validação de face e de conteúdo do protocolo multiprofissional de alta hospitalar à pessoa com Insuficiência Cardíaca e familiares.

- a. claros e bem definidos;
- b. coerentes com a propositura geral do projeto;
- c. exequíveis (considerando tempo, recursos e metodologia).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

- a. os riscos de execução do projeto são bem avaliados, realmente necessários e estão bem

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700

Bairro: centro

CEP: 37.130-001

UF: MG

Município: ALFENAS

Telefone: (35)3701-9153

Fax: (35)3701-9153

E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



Continuação do Parecer: 3.071.413

descritos no projeto;

- b. os benefícios oriundos da execução do projeto justificam os riscos corridos;
- c. para cada risco descrito, o pesquisador apresentou uma correta ação minimizadora/corretiva desse risco.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- a. Metodologia da pesquisa – adequada aos objetivos do projeto, é atualizada, é a melhor disponível;
- b. Referencial teórico da pesquisa – atualizado e é suficiente para aquilo que se propõe;
- c. Cronograma de execução da pesquisa – coerente com os objetivos propostos e está adequado ao tempo de tramitação do projeto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- a. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – presente e adequado
- b. Termo de Assentimento (TA) – não se aplica
- c. Termo de Assentimento Esclarecido (TAE) – não se aplica
- d. Termo de Compromisso para Utilização de Dados e Prontuários (TCUD) – não se aplica
- e. Termo de Anuência Institucional (TAI) – presente e adequado
- f. Folha de rosto - presente e adequada
- g. Projeto de pesquisa completo e detalhado - presente e adequado
- h. Outro (TCLE para os juizes) – presente

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomenda-se aprovação do projeto

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado do CEP acata o parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1216763.pdf	23/11/2018 14:08:56		Aceito
Outros	Termo_de_compromisso.pdf	23/11/2018 14:07:22	GERUZA MARIA DA SILVA GONCALVES	Aceito

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700

Bairro: centro

CEP: 37.130-001

UF: MG

Município: ALFENAS

Telefone: (35)3701-9153

Fax: (35)3701-9153

E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



Continuação do Parecer: 3.071.413

Outros	Termo_de_compromisso.pdf	23/11/2018 14:07:22	MANFREDINI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_consentimento.pdf	23/11/2018 14:06:35	GERUZA MARIA DA SILVA GONCALVES MANFREDINI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa.pdf	23/11/2018 13:32:32	GERUZA MARIA DA SILVA GONCALVES MANFREDINI	Aceito
Cronograma	Cronograma_atualizado.pdf	23/11/2018 13:31:19	GERUZA MARIA DA SILVA GONCALVES MANFREDINI	Aceito
Outros	Anuencia.pdf	12/09/2018 14:51:41	GERUZA MARIA DA SILVA GONCALVES MANFREDINI	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	12/09/2018 14:46:13	GERUZA MARIA DA SILVA GONCALVES MANFREDINI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ALFENAS, 11 de Dezembro de 2018

Assinado por:
Angel Mauricio Castro Gamero
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700

Bairro: centro

CEP: 37.130-001

UF: MG

Município: ALFENAS

Telefone: (35)3701-9153

Fax: (35)3701-9153

E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa **PROTOCOLO MULTIPROFISSIONAL DE ALTA HOSPITALAR ÀS PESSOAS COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA E FAMILIARES**. No caso de você concordar em participar, favor assinar ao final do documento. Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador(a) ou com a instituição. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço do pesquisador(a) principal, podendo tirar dúvidas do projeto e de sua participação.

TÍTULO DA PESQUISA: PROTOCOLO MULTIPROFISSIONAL DE ALTA HOSPITALAR ÀS PESSOAS COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA E FAMILIARES

PESQUISADORES RESPONSÁVEIS: Geruza Maria da Silva Gonçalves Manfredini
Silvana Maria Coelho Leite Fava
Zélia Marilda Rodrigues Resck

ENDEREÇO: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700

TELEFONE: (35) 3701-9471

OBJETIVOS:**Objetivo geral**

Construir um protocolo multiprofissional de alta hospitalar às pessoas com Insuficiência Cardíaca e familiares.

Objetivos específicos

e) Identificar, por meio de revisão integrativa, as orientações multiprofissionais à pessoa com Insuficiência Cardíaca e familiares para a continuidade do cuidado após a alta hospitalar;

f) Identificar, por meio da busca em *websites* de instituições hospitalares nacionais e internacionais de referência em cardiologia, as orientações multiprofissionais à pessoa com Insuficiência Cardíaca e familiares para a continuidade do cuidado após a alta hospitalar;

g) Conhecer as orientações que a equipe multiprofissional da instituição deste estudo realiza para pessoas com IC e familiares durante o período de internação, no preparo para a alta hospitalar;

h) Elaborar o protocolo multiprofissional de alta hospitalar às pessoas com Insuficiência Cardíaca e familiares, fundamentado na literatura, nos *websites* das instituições hospitalares de referência em cardiologia e na vivência da equipe multiprofissional.

JUSTIFICATIVA: A assistência e orientações à pessoa com Insuficiência Cardíaca são complexas, em especial no que diz respeito à continuidade do cuidado após a alta hospitalar. Associa-se a isso, as constantes reinternações, muitas vezes por falta de conhecimento quanto à doença por parte da pessoa com Insuficiência Cardíaca e familiares, manutenção de hábitos de vida não-saudáveis e/ou dificuldade de adesão medicamentosa e de localizar a unidade de saúde responsável pela continuidade do cuidado, dentre outras questões

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO: A técnica a ser utilizada para a coleta de dados é o Grupo Focal, que são grupos de discussão de um determinado assunto. Será realizada uma reunião, com a participação de dois profissionais de cada categoria que atua junto à pessoa com Insuficiência Cardíaca e familiares, em especial no momento da alta hospitalar, como enfermeiros, médicos, psicólogos, fisioterapeutas, farmacêuticos, nutricionistas e assistentes sociais. As discussões serão gravadas e as orientações mencionadas serão transcritas imediatamente pela pesquisadora.

RISCOS E DESCONFORTOS E MEDIDAS: Ressalta-se que a participação dos sujeitos na pesquisa não traz complicações legais, nem riscos à sua integridade física. Os riscos são mínimos e se relacionam ao sentimento de exposição e constrangimento frente aos demais profissionais e à instituição. Caso ocorra ou haja algum desconforto, a coleta de dados será interrompida e será oferecido apoio pelo pesquisador e, ainda, se necessário, o profissional será encaminhado ao serviço de apoio da instituição hospitalar onde será realizado o estudo. Será garantido o anonimato dos participantes.

BENEFÍCIOS: Os benefícios da participação na presente pesquisa estão relacionados à oportunidade de discutir tema comum e de relevância de sua prática clínica com uma equipe multiprofissional, com o objetivo de promover a reflexão e contribuir na sistematização do processo de alta hospitalar da pessoa com Insuficiência Cardíaca e fornecer as orientações adequadas para a continuidade do cuidado.

CUSTO/REEMBOLSO PARA O PARTICIPANTE: Importante esclarecer que não haverá custo para participação nesta pesquisa, bem como nada será pago aos sujeitos para participação.

CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA: Será garantido o sigilo quanto às informações fornecidas para o desenvolvimento desta pesquisa.

Assinatura do Pesquisador Responsável: _____

Eu, _____, declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informado(a) pelo pesquisador(a) Geruza Maria da Silva Gonçalves Manfredini dos procedimentos que serão utilizados, riscos e desconfortos, benefícios, custo/reembolso dos participantes, confidencialidade da pesquisa, concordando ainda em participar da pesquisa. Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento. Declaro ainda que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento. Poderei consultar os pesquisadores responsáveis (acima identificados) ou o Comitê de Ética em Pesquisa-UNIFAL-MG, com endereço na Universidade Federal de Alfenas, Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro, CEP - 37130-001, Fone: (35) 3701-9153, no e-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br sempre que entender necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e minha participação no mesmo. Os resultados obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados.

São José dos Campos, ____ de _____ de _____

NOME POR EXTENSO: _____

ASSINATURA: _____

APÊNDICE B

Quadro 1 – Orientações identificadas nos artigos científicos, conforme revisão integrativa, jul/2013 a set/2018, Alfenas-MG.

(continua)

TEMAS	ARTIGOS
DOENÇA	<p><i>Pessoas do grupo intervenção foram submetidas à educação que incluiu, dentre outras coisas, o significado de IC, sua natureza crônica e prognóstico ruim para melhorar a compreensão das representações de IC quanto à identidade, cronograma e consequências. (ROUSE et al., 2016)</i></p> <p><i>Ter informações insuficientes dos profissionais de saúde e a dificuldade de traduzir e comunicar o conceito de IC aos participantes, especialmente o desafio de encontrar as palavras apropriadas para usar para IC e outras doenças cardíacas nos idiomas locais, contribuiu para o entendimento errôneo. (NAMUKWAYA et al., 2017)</i></p> <p><i>O fato de o conhecimento da IC ser o mais importante determinante da confiança no autocuidado indica a importância de o enfermeiro ajudar a capacitar os pacientes com instruções sobre o conhecimento da IC e estratégias de autocuidado [...]. (TSAI et al., 2014)</i></p> <p><i>Os profissionais de saúde acreditavam que os pacientes com IC deveriam ser informados sobre a progressão da doença, incluindo informações sobre a exacerbação, bem como o estado incurável de sua condição. [...] Eles também comentaram que os pacientes com IC tinham o direito de entender a gravidade da IC e a classificação de sua condição [...]. (YU et al., 2016)</i></p> <p><i>Por meio da aplicação do Projeto de Reengenharia de Alta, que inclui como uma das intervenções a educação a respeito do diagnóstico, houve benefício na mortalidade por todas as causas e na utilização hospitalar por exacerbação da IC. (PATEL; DICKERSON, 2017)</i></p> <p><i>O fornecimento de educação em saúde, com a inclusão de aspectos a respeito da IC, das etiologias que causam a doença, de como a IC afeta a saúde, dentre outros, usando um livreto adaptado às necessidades de informação dos pacientes e o acompanhamento por telefone, pode efetivamente melhorar os resultados dos pacientes e ajudá-los a manter um nível de bem-estar físico, psicológico e social. (YU et al., 2015)</i></p> <p><i>O envolvimento do farmacêutico na reconciliação de medicação e no aconselhamento de alta, a qual incluía a instrução quanto à patofisiologia da IC, para pacientes com IC foi associado a um aumento significativo na adesão às medidas centrais da Joint Commission, uma redução significativa nas readmissões de 30 dias por todas as causas e um efeito positivo na satisfação do paciente. (WARDEN et al., 2014)</i></p> <p><i>Muitos pacientes tinham compreensão limitada da insuficiência cardíaca e de seus sinais e sintomas e essa compreensão limitada estava associada a um autocuidado ruim. (LEE; MOSER; DRACUP, 2017)</i></p> <p><i>Nossos resultados ampliam uma literatura em evolução enfatizando o valor da integração de cuidados paliativos no manejo de pacientes com IC avançada, com documentação de discussões sobre prognóstico, metas de cuidados e planejamento avançado de cuidados. (O'DONNELL et al., 2018)</i></p> <p><i>Entre os participantes do estudo, 62,5% dos pacientes afirmaram no questionário pré-educação que sua condição clínica nunca havia sido explicada com clareza. Após educação pelo farmacêutico, 83,3% desses mesmos pacientes afirmaram que sua condição havia sido claramente explicada a eles, indicando que a educação fornecida mudou a consciência dos pacientes sobre a IC. (SHEPHERD et al., 2015)</i></p>

TEMAS	ARTIGOS
SINTOMA: Edema	<p><i>Os participantes relataram que não se pesavam todos os dias porque desconheciam o propósito e a importância da pesagem. [...] A falta de conscientização sobre o uso de diuréticos e a necessidade de limitar a ingestão de líquidos e sal assim que os sintomas ocorrem em pacientes com IC resultou do fato de que informações insuficientes foram fornecidas pelos profissionais de saúde. (TSAI et al., 2014)</i></p> <p><i>O que nos preocupou foi que nenhum dos veteranos relatou reconhecer os primeiros sinais de ICC, como ganho de peso ou fadiga. [...] A pesquisa mostrou que os pesos diários, quer sejam ganhos ou perdas de peso, têm um papel importante em ajudar a administrar sua doença e devem ser usados para indicar quando se deve ligar para o médico para obter mais instruções. (STEVENSON et al., 2015)</i></p> <p><i>Uma intervenção educativa ministrada por enfermeiros que usou o Common Sense Model of Illness e dois folhetos educativos (um que discutiu crenças de doença sobre IC e outro que focou no monitoramento e gerenciamento de fluidos) reduziu o número de visitas ao departamento de emergência e consultas não-planejadas no consultório. (ROUSE et al., 2016)</i></p>
<p>SINTOMAS: Cansaço, Dispneia, Tosse, Alteração no nível de resposta verbal, Alteração no padrão urinário, Constipação, Plenitude gástrica E</p> <p>SINAIS: Cianose, Ascite, Pressão venosa jugular elevada, Sons pulmonares</p>	<p><i>Foram identificados em alguns depoimentos dos enfermeiros orientações referentes ao reconhecimento dos principais sinais e sintomas da IC, sendo destacados os sinais de piora e descompensação da doença. (SOUZA; QUELUCI, 2014)</i></p> <p><i>A educação do paciente fez parte da intervenção e focou no reconhecimento dos sintomas, na definição ideal de peso e na reconciliação de medicação. [...] Encontramos um claro benefício de mortalidade no grupo de intervenção, além de menor taxa de readmissão de 1 ano, menor tempo de internação e menor taxa de alta contra o aconselhamento médico. (SALEM et al., 2017)</i></p> <p><i>Cada participante do grupo experimental recebeu uma sessão individual de treinamento que incluiu reconhecimento da IC, adesão à medicação prescrita, orientação alimentar, avaliação e manejo de sintomas, dentre outros aspectos. [...] Em nosso programa de autocuidado, os profissionais de saúde não estão apenas instruindo os pacientes sobre sua doença, mas também orientando-os sobre como administrar sua doença. (LIOU et al., 2015)</i></p> <p><i>Alguns provedores foram menos propensos a discutir a relação entre os sintomas e a doença da IC e, além disso, quais sintomas específicos podem ser sugestivos de declínio da saúde. (DAVID et al., 2018)</i></p> <p><i>Muitos pacientes tinham compreensão limitada da insuficiência cardíaca e de seus sinais e sintomas, e essa compreensão limitada estava associada a um autocuidado ruim. (LEE; MOSER; DRACUP, 2017)</i></p>
SINTOMA: Taquicardia	<p><i>Os achados sugerem que pode haver benefício da diminuição da frequência cardíaca em longo prazo. (LASKEY et al., 2015)</i></p> <p><i>Sugere-se que a frequência cardíaca, um marcador prognóstico modificável, merece atenção na transição do hospital para atendimento ambulatorial na comunidade. (HABAL X et al., 2013)</i></p>
TRATAMENTO FARMACOLÓGICO	<p><i>Destacamos que as orientações devem ser baseadas na prescrição proposta, enfatizando o nome correto das medicações, a dose adequada, o horário regular e a via correta de administração destas e suas principais indicações, reforçando, sempre que necessário, os possíveis efeitos adversos e colaterais que podem ocorrer. (SOUZA; QUELUCI, 2014)</i></p> <p><i>Folhetos de educação do paciente incluíam indicação de medicação, instruções de uso, armazenamento, avisos e efeitos colaterais. [...] Os pacientes que participaram do programa relataram um melhor entendimento de seus medicamentos depois de falar com um estudante de farmácia ou residente. (SZKILADZ et al., 2013)</i></p> <p><i>Os pacientes em nosso estudo receberam alta com uma média de 10 medicamentos e muito poucos (18%) nomearam corretamente todos os seus</i></p>

TEMAS	ARTIGOS
TRATAMENTO FARMACOLÓGICO	<i>medicamentos de alta.</i> (REGALBUTO et al., 2016)
	<i>As intervenções de um farmacêutico, especificamente no que se refere aos alertas aos médicos sobre interações entre drogas, reduziram o número de pacientes com interações clinicamente significativas.</i> (ROBLEK et al., 2016)
	<i>O presente estudo constatou que houve menos readmissões hospitalares por todas as causas 30 dias após a alta entre os pacientes que receberam a intervenção, em comparação com o grupo de cuidados habituais, resultando em uma economia geral de custos. [...] A intervenção incluiu, dentre outros aspectos, a reconciliação medicamentosa do farmacêutico na admissão e novamente antes da alta e o ensino individual pelo farmacêutico ao paciente e o cuidador.</i> (HOOVER; PLAMANN; BECKEL, 2017)
	<i>Utilizando dois métodos para avaliar a adesão do paciente, este estudo piloto mostra uma tendência de que os farmacêuticos que fornecem aconselhamento educacional podem aumentar inicialmente a adesão à medicação e diminuir a re-hospitalização, especificamente dentro de 30 dias da alta hospitalar.</i> (VINLUAN; WITTMAN; MORISKY, 2015)
	<i>Na alta, o farmacêutico forneceu reconciliação de medicação, recomendações de medicação, instruções de alta e respostas a perguntas específicas do paciente e apresentou ao paciente uma lista completa de medicamentos, com informações sobre nomes de marcas e medicamentos genéricos, função, direções, tempos sugeridos de administração, dosagem, comentários específicos e acompanhamento. [...] O estudo foi associado a reduções significativas em readmissões de 30 dias por todas as causas e uma tendência de redução de readmissões relacionadas à IC em 30 dias.</i> (WARDEN et al., 2015)
	<i>A ênfase foi colocada no estabelecimento de relacionamento com o paciente, para que o farmacêutico e o paciente pudessem chegar a um entendimento comum sobre as necessidades do paciente, as barreiras ao tratamento, a adesão à medicação e quaisquer preocupações. [...] Os resultados do nosso estudo de intervenção baseado na farmácia destacam o impacto potencial que os farmacêuticos podem ter no autocuidado do paciente e nos resultados de saúde quando apoiados por ferramentas baseadas na teoria para a comunicação centrada no paciente.</i> (BONDERSKI et al., 2018)
	<i>Os pacientes foram aconselhados sobre todos os seus medicamentos atuais, incluindo indicação, conformidade e efeitos colaterais. [...] Os escores de conhecimento de IC dos pacientes aumentaram de 76,4 antes da intervenção para 90,1 após a intervenção.</i> (SHEPHERD et al., 2015)

TEMAS	ARTIGOS
TRATAMENTO NÃO-FARMACOLÓGICO	<p><i>Relacionado aos demais aspectos que devem ser orientados e reforçados aos pacientes de IC, os enfermeiros contribuíram com comentários relevantes sobre a alimentação, ingestão de líquidos, sono, repouso e autocuidado. [...] São importantes: adesão ao tratamento medicamentoso; restrição hídrica de 1,0 a 1,5 litros/dia; restrição de sal de 2 a 3 gramas/dia; controle do peso diário e pela manhã; incentivo ao abandono do tabagismo e álcool em caso de consumo; não uso de medicamentos sem prévia orientação da equipe e prescrição médica; reconhecimento dos sinais e sintomas de descompensação e piora da doença; vacinação anti-influenza e pneumocócica; e controle permanente da pressão arterial e diabetes mellitus. (SOUZA; QUELUCI, 2014)</i></p> <p><i>As percepções dos participantes sobre o autocuidado refletiam as visões leigas contemporâneas sobre o que é boa saúde e como alcançá-la, mas não específicas da IC. Eles entendiam o bom auto-cuidado como, por exemplo, o fato de ter o que eles consideravam como uma dieta adequada; no entanto, eles consideravam alimentos processados e embalados superiores aos alimentos locais, como inhames, que eram considerados alimentos ruins. (NAMUKWAYA et al., 2017)</i></p> <p><i>Vários participantes expressaram o fato de que não sabiam como rotineiramente deveriam se pesar e por que deveriam adotar uma dieta com restrição de sódio. Melhorar o conhecimento de pacientes com IC deve ser o primeiro passo para melhorar seu autocuidado. (TSAI et al., 2014)</i></p> <p><i>O estado nutricional dos pacientes foi avaliado na internação hospitalar em pacientes cardíacos e não-cardíacos, cujo escore foi maior no primeiro grupo, indicando um déficit nutricional nessa população [...]. A melhora do estado nutricional em um estágio inicial da IC, além do manejo da IC, é importante para prevenir a progressão da IC e melhorar o prognóstico. (HAMADA et al., 2018)</i></p> <p><i>Os profissionais de saúde assumiram que os pacientes deveriam ajustar cuidadosamente seu estilo de vida, como uma dieta com baixo teor de sal, a cessação do tabagismo e do álcool e o exercício físico. (YU et al., 2016)</i></p>
ATIVIDADE FÍSICA	<p><i>Este estudo demonstra o potencial do treino de exercício para produzir uma melhora significativa no sono ruim, que é um sintoma adverso importante e comum em pacientes com IC. A intervenção incluía o mesmo programa de manejo de doenças que o grupo controle, com a adição de aulas de exercício em grupo supervisionadas em hospitais duas vezes por semana, com duração aproximada de uma hora por 12 semanas. (SUNA et al., 2015)</i></p>
ATIVIDADE SEXUAL	<p><i>Não foram encontradas evidências a respeito desse assunto.</i></p>
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	<p><i>O plano de cuidado centrado no paciente começa com a narrativa do paciente, que inclui informações sobre a vida cotidiana e os sintomas antes e durante o agravamento da condição. [...] Dentro de 24 a 48 horas, todas as informações e fatos são resumidos e escritos no plano, incluindo investigações planejadas, metas de tratamento e tempo de permanência no hospital. [...] No modelo de cuidados centrados no paciente, a parceria estava em foco desde o início, o que significa que não apenas informações médicas foram coletadas, mas também informações sobre a percepção do paciente sobre a situação em casa e as atividades da vida diária. (ULIN et al., 2015)</i></p> <p><i>A realização de consultas mais próximas de casa, com baixo custo ou com transporte gratuito foi classificada como melhor do que a oferta de horários de final de semana ou de final de tarde para consultas. [...] Esses achados demonstram a importância de avaliar as necessidades do paciente para melhorar a probabilidade de haver um acompanhamento adequado. (BREATHETT et al., 2017)</i></p>

TEMAS	ARTIGOS
RECURSOS EXISTENTES	<p><i>Os componentes centrais da intervenção compreendiam a via clínica de 4 dias, ferramentas padronizadas, telefonema de 72 horas pós-alta e consulta pós-alta precoce em uma clínica de insuficiência cardíaca. [...] Dos pacientes que responderam aos telefonemas de 3 dias pós-alta, 67% dos sentiram-se bem e seguiram as instruções, 17% apresentaram sintomas de IC, 7% apresentaram complicações hemorrágicas não fatais, 4% não seguiram as instruções e 4% necessitaram de internação hospitalar direta. Dos oito sintomas de IC relatados, seis (75%) foram manejados com sucesso por telefone, enquanto dois (25%) necessitaram de consulta ambulatorial no dia seguinte. (SALEM et al., 2017)</i></p> <p><i>Os componentes do projeto de Reengenharia de Alta consistem em 12 ações de reforço mútuo empregadas por uma equipe interdisciplinar durante todo o período de internação para transições mais efetivas na alta, incluindo consultas médicas/laboratoriais de acompanhamento, acompanhamento de resultados de testes/estudos pendentes, organização de serviços e equipamentos pós-alta, desenvolvimento de plano de pacientes personalizado, dentre outros. [...] Parece que os pacientes do pós-projeto de reengenharia de alta tiveram uma taxa mais baixa de readmissão hospitalar de 30 dias por IC, diminuição da mortalidade por todas as causas, maior acompanhamento com consultas de médicos de atenção primária e maior economia de custos. (PATEL; DICKERSON, 2017)</i></p> <p><i>O modelo de intervenção para o estudo atual, além de atividades de reconciliação e de ensino realizadas pelo farmacêutico, incluiu uma consulta médica agendada dentro de 10 dias após a alta, educação de IC de um especialista usando ferramentas padronizadas e uma visita de um enfermeiro coach de transição antes da alta. Os pacientes receberam uma visita coach em casa dentro de 72 horas após a alta e três telefonemas de acompanhamento durante as 4 semanas restantes. [...] Os participantes do grupo de intervenção eram mais propensos a reconhecer um sinal ou sintoma de IC, foram capazes de avaliar a eficácia da estratégia que usaram e estavam confiantes em sua capacidade de “fazer algo” para gerenciar sua doença em 30 dias pós-alta. (HOOVER; PLAMANN; BECKEL, 2017)</i></p> <p><i>Verificou-se que realizar acompanhamentos por telefone, com o objetivo de reforçar os pontos importantes da educação em saúde fornecida em livreto e também de supervisionar a aderência às medicações e às modificações no estilo de vida, pode efetivamente melhorar os resultados dos pacientes e ajudá-los a manter um grau de bem-estar físico, psicológico e social. (YU et al., 2015)</i></p> <p><i>O primeiro achado importante do nosso estudo é que o acompanhamento ambulatorial após uma exacerbação aguda da IC está associado a melhores desfechos, mesmo que seja dentro de 14 dias. [...] A segunda descoberta importante é que esse acompanhamento é melhor feito por um médico familiarizado com o paciente. A continuidade dos cuidados é um dos pilares fundamentais para qualquer sistema de saúde de alto desempenho, mas a ênfase atual no seguimento imediato após hospitalizações ou visitas a DE pode resultar em mudanças no sistema para melhorar o acesso rápido aos cuidados que mais fragmentam a assistência. (McALISTER et al., 2016)</i></p> <p><i>Entre uma coorte de pacientes de baixa renda e racialmente diversa que foi hospitalizada por IC, consultas mais próximas de casa (<5 milhas) e uma mensagem de lembrete foram as abordagens preferidas para facilitar o acompanhamento após a hospitalização. (BREATHETT et al., 2017)</i></p> <p><i>Demonstrou-se que um dispositivo simples, como um cartão de alerta do paciente, pode melhorar a comunicação e a coordenação entre o enfermeiro da comunidade e a equipe do hospital, além de capacitar pacientes e familiares. [...] O cartão é laminado, cujo tamanho se assemelha ao do cartão de crédito, projetado para caber em uma carteira ou bolsa. O cartão indica que a pessoa tem IC e faz referência ao último ecocardiograma, além de dados sobre fração de ejeção e função ventricular esquerda. (McBRIDE et al., 2014)</i></p> <p><i>Os resultados revelam a importância de avaliar as reinternações de 7 dias, a necessidade de enfermeiros para avaliar a fragilidade em pacientes com IC e a necessidade de agendar pacientes para um acompanhamento imediato após a alta, em até sete dias. (EASTWOOD et al., 2016)</i></p>

TEMAS	ARTIGOS
RECURSOS EXISTENTES	<p><i>Nossos achados mostraram que o seguimento imediato dentro de 30 dias após a alta e a continuidade do médico foram importantes moduladores do risco de morte ou re-hospitalização urgente entre pacientes com IC. (McALISTER et al., 2013)</i></p> <p><i>O acompanhamento telefônico após a alta hospitalar, como parte de uma intervenção farmacêutica, foi realizada em duas semanas e outro em 30 dias pós-alta. Ambas as chamadas de acompanhamento avaliaram o conhecimento de medicação dos pacientes e procuraram reeducar o paciente na questão em que havia deficiência, fornecer lembretes e avaliar as consultas de acompanhamento pós-alta e a adesão à medicação, além de coletar informações de satisfação do paciente. [...] O programa foi associado a uma diferença significativa em favor do grupo de intervenção farmacêutica para as medidas centrais da Joint Commission. (WARDEN et al., 2014)</i></p>
CUIDADOS PALIATIVOS	<p><i>Este estudo fornece orientações importantes para a prática clínica. Primeiro, demonstrou-se que uma triagem simples pode facilitar o direcionamento de pessoal aperfeiçoado em cuidados paliativos para pacientes com maior probabilidade de se beneficiarem durante a transição para o ambiente ambulatorial. Em segundo lugar, as estimativas de prognóstico do paciente e cardiologista foram desalinhadas, com a maioria dos pacientes superestimando sua expectativa de vida. A maioria dos pacientes acreditava que sua vida tinha significado e valor e expressou a disposição de envolver metas de conversas de cuidado quando apropriado. Terceiro, o início rotineiro de metas de conversas de cuidado por um assistente social de cuidados paliativos, com o engajamento de um médico de cuidados paliativos quando necessário, foi eficaz na melhoria da comunicação entre pacientes e seus cardiologistas em torno de preocupações de fim de vida. (O'DONNELL et al., 2018)</i></p>
DIREITOS DO PACIENTE E FAMILIARES	<p><i>Juntos, o paciente e os profissionais de saúde criaram um plano pessoal de saúde que cobria o atendimento, bem como a lacuna entre o hospital e a casa. Isso permitiu que houvesse tempo suficiente para colaborar com os serviços municipais de assistência domiciliar e / ou serviços de cuidados domiciliares 24 horas por dia e também para o paciente, familiares/cuidadores informais e profissionais de saúde para preparar o retorno para casa de forma segura, calma e adequada. [...] O cuidado centrado no paciente melhora os processos de alta porque os pacientes são vistos como pessoas competentes para se envolver no planejamento de seus cuidados. (ULIN et al., 2015)</i></p> <p><i>Neste estudo, pacientes do grupo experimental apresentaram menor tendência à necessidade de internação hospitalar no intervalo de readmissão hospitalar de 3 meses do que os pacientes do grupo controle. [...] Cada participante do grupo experimental recebeu uma sessão individual de treinamento de autocuidado e, em seguida, um livreto didático, uma fita de vídeo e um diário para registro de pressão arterial, frequência cardíaca, dieta, exercícios etc. [...] Os materiais foram criados usando uma linguagem simples no nível de leitura da escola primária e cada item tinha gráficos associados para reforçar a compreensão. (LIOU et al., 2015)</i></p> <p><i>Em entrevista com profissionais de saúde, encontrou-se que, embora a informação sobre o prognóstico fosse considerada como um conhecimento essencial que os pacientes deveriam conhecer e aprender, foram mencionadas dificuldades em discutir o prognóstico da IC com os pacientes. [...] Contar ou não aos pacientes sobre o prognóstico de sua doença permanece inconclusivo e deve ser julgado com base na personalidade, disposição e necessidades reais dos pacientes. (YU et al., 2016)</i></p> <p><i>As emoções negativas dos familiares foram consideradas como uma barreira pelos profissionais de saúde; assim, a educação para os membros da família também deve ser considerada se o tempo permitir. (YU et al., 2016)</i></p> <p><i>A melhoria dos serviços de saúde e o apoio psicológico foram propostos pelos profissionais de saúde (YU et al., 2016)</i></p> <p><i>Os materiais fornecidos aos pacientes não devem ser complicados e a terminologia médica deve ser evitada para facilitar o entendimento dos pacientes. (YU et al., 2016)</i></p>

TEMAS	ARTIGOS
DIREITOS DO PACIENTE E FAMILIARES	<i>Descobriu-se que o fornecimento de educação em saúde usando um livreto que é adaptado às necessidades de informação dos pacientes juntamente com os acompanhamentos por telefone pode efetivamente melhorar os resultados dos pacientes e ajudá-los a manter um grau de bem-estar físico, psicológico e social. (YU et al., 2015)</i>
EMPODERAMENTO PARA AUTONOMIA E AUTOCAUIDADO	<p><i>Os profissionais de saúde revelaram outros fatores, que, em certa medida, foram considerados modificáveis. Esses fatores incluíram a atitude em relação à doença, no que se refere à importância dada à sua condição de saúde. [...] Além do descuido, relutar em aceitar o diagnóstico de IC foi apontado como fator obstrutivo de aprendizagem da informação. (YU et al., 2015)</i></p> <p><i>Foi demonstrado que os profissionais de saúde acreditavam que o tratamento farmacológico era insuficiente para controlar a doença. Os pacientes devem estar totalmente envolvidos em todo o processo de recuperação da doença. As estratégias recomendadas para melhorar o cuidado pessoal dos pacientes incluíram estar atento quanto à sua condição de saúde, estabelecer bom relacionamento com os profissionais de saúde, demonstrar confiança nos profissionais de saúde, controlar seu temperamento, obedecer à prescrição do médico e manter todos os documentos médicos. (YU et al., 2015)</i></p>

APÊNDICE C

Quadro 2 – Orientações identificadas nos *websites* das instituições de referência em cardiologia, Janeiro/2019, Alfenas-MG.

(continua)

TEMAS	INSTITUIÇÕES
DOENÇA	<p><i>A insuficiência cardíaca é uma condição na qual o coração não consegue mais bombear sangue rico em oxigênio para o resto do corpo com eficiência. (MOUNT SINAI, 2018)</i></p> <p><i>A insuficiência cardíaca é um estado no qual o coração se torna incapaz de bombear a quantidade de sangue que o organismo necessita. (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, 2016)</i></p> <p><i>O termo "insuficiência cardíaca" pode ser assustador. Não significa que o coração "falhou" ou parou de funcionar, mas sim que o coração não bombeia tão bem quanto deveria. (CLEVELAND CLINIC, 2019)</i></p> <p><i>A insuficiência cardíaca é uma condição na qual o coração não funciona adequadamente. Os termos "insuficiência cardíaca" e "insuficiência cardíaca congestiva" significam que uma ou mais câmaras do coração "falham" para acompanhar o volume de sangue que flui por elas. [...] A insuficiência cardíaca geralmente é uma condição crônica, ou de longo prazo, que piora gradualmente. (UCSF HEALTH, 2019)</i></p> <p><i>A insuficiência cardíaca, às vezes conhecida como insuficiência cardíaca congestiva, ocorre quando o músculo cardíaco não bombeia sangue tão bem quanto deveria. (MAYO CLINIC, 2017)</i></p> <p><i>A insuficiência cardíaca é causada por uma variedade de doenças subjacentes e problemas de saúde. [...] A insuficiência cardíaca raramente ocorre de repente, exceto após um grande ataque cardíaco, problema grave da válvula cardíaca ou período de pressão alta seriamente alta. (UCSF HEALTH, 2019)</i></p> <p><i>Certas condições, como estreitamento das artérias (doença arterial coronariana) ou pressão alta, gradualmente fazem com que o coração tenha dificuldade para encher e bombear eficientemente. Nem todas as condições que levam à insuficiência cardíaca podem ser revertidas, mas os tratamentos podem melhorar os sinais e sintomas da insuficiência cardíaca e ajudá-lo a viver mais tempo. (MAYO CLINIC, 2017)</i></p> <p><i>A causa mais comum de insuficiência cardíaca é a doença arterial coronariana, o estreitamento dos vasos sanguíneos que fornecem sangue e oxigênio ao coração. (MOUNT SINAI, 2018)</i></p> <p><i>Seu tratamento dependerá do tipo de insuficiência cardíaca que você tem e, em parte, do que causou isso. [...] É importante aprender sobre insuficiência cardíaca, como manter um bom equilíbrio e quando ligar para o médico. (CLEVELAND CLINIC, 2019)</i></p> <p><i>Observar como seus sintomas mudam ajuda a manter a insuficiência cardíaca sob controle. Deve-se agir sempre que notar um sintoma piorando; isso ajuda a evitar que um problema se torne sério e, inclusive, evitar uma internação hospitalar. (NEW YORK-PRESBITERIAN HOSPITAL, 2019)</i></p>

TEMAS	INSTITUIÇÕES
SINTOMA: Edema	<p><i>Pode ocorrer inchaço nos tornozelos, pernas e abdôme e também ganho de peso. Quando os rins não filtram sangue suficiente, o corpo retém líquido e água. O fluido extra provoca inchaço, que pode ocorrer nos tornozelos, pernas e abdome, e ganho de peso. (CLEVELAND CLINIC, 2019)</i></p> <p><i>É muito importante se pesar todos os dias e manter um registro do seu peso. Siga estas dicas para ajudar a obter o peso mais preciso possível: use a mesma balança todos os dias; pesar-se enquanto está despido ou usando o mesmo tipo de roupa; pesar-se à mesma hora todos os dias; pesar-se depois de urinar, mas antes de comer. (CLEVELAND CLINIC, 2019)</i></p> <p><i>Certifique-se de chamar seu médico se começar a tossir mais, se tiver aumento de peso súbito ou inchaço.[...] Quando o coração perde a capacidade de bombear sangue, o sangue se acumula em outras partes do corpo, incluindo os pulmões, fígado, trato gastrointestinal e braços e pernas. [...]Pesar-se todas as manhãs na mesma escala ao se levantar - antes de comer, mas depois de usar o banheiro. Certifique-se de estar usando roupas similares sempre que você se pesar. Anote seu peso todos os dias em um gráfico para que você possa acompanhá-lo. (MOUNT SINAI, 2018)</i></p> <p><i>Seu peso seco é o seu peso quando você não tem fluido extra em seu corpo. Pergunte ao seu médico ou enfermeiro qual é o seu peso seco. (CLEVELAND CLINIC, 2019)</i></p> <p><i>Uma das melhores maneiras de saber se o tratamento está funcionando envolve a balança. Ganho de peso repentino pode ser um sinal de que o coração está tendo problemas. Pese-se todos os dias ou quantas vezes o médico pedir. Entre em contato se adquirir mais de dois quilos em um dia, cinco quilos em uma semana ou outro valor que o médico pediu para relatar. [...] Pessoas com insuficiência cardíaca terão uma melhora se: [...] pesar-se diariamente, pois um aumento súbito pode sinalizar acúmulo de fluido; acompanhar os sintomas e relatar quaisquer alterações. (UW MEDICINE, 2019)</i></p> <p><i>Modificação do estilo de vida: [...] monitoramento diário de peso para detecção precoce de retenção e acúmulo hídrico e previamente à deterioração clínica e hospitalização. (HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS, 2013)</i></p> <p><i>Sinais e sintomas de insuficiência cardíaca podem incluir inchaço (edema) nas pernas, tornozelos e pés e ganho de peso muito rápido da retenção de líquidos. [...] Se algum dos sintomas repentinamente piorar ou se surgir um novo sinal ou sintoma, pode significar que a insuficiência cardíaca está piorando ou não está respondendo ao tratamento. Este também pode ser o caso se o peso aumentar 2,3 kg ou mais dentro de alguns dias. (MAYO CLINIC, 2017)</i></p> <p><i>Se você tem insuficiência cardíaca (IC), tomar consciência de pequenas mudanças no seu corpo pode ajudá-lo a administrar sua condição. [...] Você pode notar inchaço na parte inferior do corpo, especialmente nos pés e tornozelos. Isso pode levar a um aumento repentino de peso. (...) Importante pesar-se todas as manhãs depois de acordar e urinar e informar ao médico se de repente você ganhar um ou mais quilogramas em um dia ou qualquer ganho de peso que tenha sido informado pelo médico. (NEW YORK-PRESBITERIAN HOSPITAL, 2019)</i></p>
SINTOMA: Cansaço	<p><i>Alguns sintomas comuns da IC são cansaço e fraqueza nas pernas quando está em atividade. Quando o coração não bombeia sangue rico em oxigênio para os principais órgãos e músculos, pode haver cansaço e as pernas podem ficar fracas. (CLEVELAND CLINIC, 2019)</i></p> <p><i>Deve-se entrar em contato com o médico se estiver muito cansado e fraco. (MOUNT SINAI, 2018)</i></p> <p><i>Sinais e sintomas de insuficiência cardíaca podem incluir reduzida capacidade de exercício. (MAYO CLINIC, 2017)</i></p> <p><i>À medida que a insuficiência cardíaca se torna mais grave, o coração é incapaz de bombear a quantidade de sangue necessária para atender a todas as necessidades do corpo. Para compensar, o sangue é desviado de áreas menos cruciais, incluindo braços e pernas, para suprir o coração e o cérebro. Como resultado, as pessoas geralmente se sentem fracas, cansadas e com dificuldade para realizar atividades comuns, como caminhar, subir escadas ou carregar alimentos. (UCSF HEALTH, 2019)</i></p>

TEMAS	INSTITUIÇÕES
SINTOMA: Dispnea	<p><i>Pode haver dificuldade para respirar quando se exercita, quando está descansando ou deitado na cama. A falta de ar acontece quando o fluido se acumula nos pulmões (congestão) ou quando o corpo não está recebendo sangue rico em oxigênio. Se acordar de repente à noite para sentar e recuperar o fôlego, o problema é grave e há necessidade de tratamento médico. (CLEVELAND CLINIC, 2019)</i></p> <p><i>Pode haver dificuldade para respirar, batimentos cardíacos irregulares, pernas inchadas, veias no pescoço que se projetam e sons de líquido acumulado em seus pulmões. [...] Deve-se entrar em contato com o médico se há mais falta de ar quando está realizando as atividades normais, quando há falta de ar quando está sentado, quando é necessário sentar ou usar mais travesseiros à noite porque está com falta de ar quando está deitado ou quando acorda de 1 a 2 horas depois de adormecer porque está com falta de ar. (MOUNT SINAI, 2018)</i></p> <p><i>Sinais e sintomas de insuficiência cardíaca podem incluir falta de ar (dispneia) quando se exercita ou quando se deita. (MAYO CLINIC, 2017)</i></p> <p><i>Quando há acúmulo de líquido nos pulmões devido à dificuldade do coração em bombear o sangue oxigenado para os outros órgãos, ocorre interferência na respiração normal. Pode ocorrer falta de ar durante o exercício ou outras atividades; com a piora da condição, a falta de ar pode ocorrer quando em repouso ou dormindo, o que pode deixar a pessoa exausta e ansiosa. (UCSF HEALTH, 2019)</i></p> <p><i>Na insuficiência cardíaca, o coração não pode bombear de forma tão eficiente quanto deveria, então o fluido pode voltar para os pulmões. A pessoa pode ficar sem ar, o que pode fazê-la acordar à noite. A falta de ar também pode acontecer fazendo tarefas com as quais não havia problemas anteriormente. (NEW YORK-PRESBITERIAN HOSPITAL, 2019)</i></p> <p><i>Se for necessário usar mais travesseiros para dormir ou então dormir em uma cadeira para evitar problemas respiratórios, avise o médico imediatamente. (NEW YORK-PRESBITERIAN HOSPITAL, 2019)</i></p>
SINTOMA: Tosse	<p><i>Deve-se ter atenção se começar a tossir mais, se houver aumento de peso súbito ou inchaço. [...] Deve-se entrar em contato com o médico se há tosse constante; ela pode estar seca e cortante ou pode parecer úmida e apresentar saliva espumosa rosa. (MOUNT SINAI, 2018)</i></p> <p><i>Na insuficiência cardíaca, pode ocorrer uma tosse seca e cortante. É mais provável de acontecer quando você está deitado e há líquido extra nos pulmões. (CLEVELAND CLINIC, 2019)</i></p> <p><i>Sinais e sintomas de insuficiência cardíaca podem incluir falta de ar súbita e tosse com muco cor-de-rosa e espumoso. (MAYO CLINIC, 2017)</i></p> <p><i>O acúmulo de líquido nos pulmões pode resultar em tosse persistente ou chiado no peito, que pode produzir catarro às vezes tingido de sangue. (UCSF HEALTH, 2019)</i></p>

TEMAS	INSTITUIÇÕES
SINTOMA: Taquicardia	<p><i>Pode haver batimentos cardíacos rápidos ou irregulares (palpitações): quando o músculo cardíaco não bombeia com força suficiente, o coração pode bater mais rápido para obter sangue rico em oxigênio para os principais órgãos e músculos. (CLEVELAND CLINIC, 2019)</i></p> <p><i>Pode haver dificuldade para respirar, batimentos cardíacos irregulares, pernas inchadas, veias no pescoço que se projetam e sons de líquido acumulado em seus pulmões. [...] Deve-se entrar em contato com o médico se o pulso, ou batimento cardíaco, fica muito lento ou muito rápido, ou não está estável. (MOUNT SINAI, 2018)</i></p> <p><i>Sinais e sintomas de insuficiência cardíaca podem incluir batimento cardíaco rápido ou irregular. (MAYO CLINIC, 2017)</i></p> <p><i>O coração pode acelerar para compensar sua incapacidade de bombear adequadamente o sangue por todo o corpo. Os pacientes podem sentir uma vibração no coração (palpitações) ou um batimento cardíaco que parece fora do ritmo. (UCSF HEALTH, 2019)</i></p> <p><i>A pessoa pode sentir que seu coração está acelerado ou pulsando. Para compensar a perda de capacidade de bombeamento, o coração bate mais rápido. O médico deve ser informado caso isso aconteça. (NEW YORK-PRESBITERIAN HOSPITAL, 2019)</i></p>
SINTOMA: Alteração no nível de resposta verbal	<p><i>Pode haver tontura, confusão, dificuldade de concentração, desmaio. Esses sintomas podem ocorrer porque o coração não está bombeando sangue rico em oxigênio suficiente para o cérebro. (CLEVELAND CLINIC, 2019)</i></p> <p><i>Peça a alguém para levá-lo imediatamente para a sala de emergência se tiver problemas de desmaio, batimentos cardíacos rápidos ou irregulares ou se sentir dores fortes no peito. (MOUNT SINAI, 2018)</i></p> <p><i>Na insuficiência cardíaca, pode ocorrer desorientação, perda de memória ou confusão. Se a pessoa ou alguém próximo perceber isso, deve-se conversar com o médico urgentemente. (NEW YORK-PRESBITERIAN HOSPITAL, 2019)</i></p> <p><i>Sinais e sintomas de insuficiência cardíaca podem incluir dificuldade em concentrar ou diminuição do estado de alerta. (MAYO CLINIC, 2017)</i></p> <p><i>Na insuficiência cardíaca, pode haver confusão mental ou pensamento prejudicado devido aos níveis anormais de certas substâncias no sangue, como o sódio, e ao fluxo sanguíneo reduzido para o cérebro. (UCSF HEALTH, 2019)</i></p>
SINTOMA: Alteração no padrão urinário	<p><i>Pode haver maior necessidade de urinar enquanto descansa à noite. O fluxo sanguíneo para os rins aumenta quando se está deitado, assim há maior produção de urina. (CLEVELAND CLINIC, 2019)</i></p> <p><i>Deve-se entrar em contato com o médico se está havendo a necessidade urinar muito, principalmente à noite. (MOUNT SINAI, 2018)</i></p> <p><i>Sinais e sintomas de insuficiência cardíaca podem incluir maior necessidade de urinar durante a noite. (MAYO CLINIC, 2017)</i></p>
SINTOMA: Plenitude gástrica	<p><i>Pode ocorrer estômago cheio (inchado) ou duro, perda de apetite ou dor de estômago (náusea). (CLEVELAND CLINIC, 2019)</i></p> <p><i>Sinais e sintomas de insuficiência cardíaca podem incluir falta de apetite e náusea. (MAYO CLINIC, 2017)</i></p> <p><i>Na insuficiência cardíaca, pode haver sensação de falta de apetite ou náusea. Isso acontece porque, quando o fígado e o sistema digestivo ficam congestionados, eles não recebem um suprimento normal de sangue. Pode fazer a pessoa se sentir enjoada ou “cheia”, mesmo que não tenha comido. (UCSF HEALTH, 2019)</i></p> <p><i>Não ter sangue suficiente no sistema digestivo pode fazer com que a pessoa se sinta mais cheia do que o normal. (NEW YORK-PRESBITERIAN HOSPITAL, 2019)</i></p>

TEMAS	INSTITUIÇÕES
SINTOMA: Constipação	<i>Não foram obtidas orientações a respeito deste sintoma.</i>
SINAL: Ascite	<p><i>Deve-se entrar em contato com o enfermeiro ou o médico caso houver inchaço nos tornozelos, pés, pernas ou abdome. (CLEVELAND CLINIC, 2019)</i></p> <p><i>Quando o coração perde a capacidade de bombear sangue, o sangue se acumula em outras partes do corpo, incluindo os pulmões, fígado, trato gastrointestinal, braços e pernas. (MOUNT SINAI, 2018)</i></p> <p><i>Sinais e sintomas de insuficiência cardíaca podem incluir inchaço no abdome (ascite). (MAYO CLINIC, 2017)</i></p>
SINAL: Pressão venosa jugular elevada	<i>Pode haver dificuldade para respirar, batimentos cardíacos irregulares, pernas inchadas, veias no pescoço que se projetam e sons de líquido acumulado em seus pulmões. (MOUNT SINAI, 2018)</i>
SINAL: Sons pulmonares	<p><i>Pode haver dificuldade para respirar, batimentos cardíacos irregulares, pernas inchadas, veias no pescoço que se projetam e sons de líquido acumulado em seus pulmões. (MOUNT SINAI, 2018)</i></p> <p><i>O acúmulo de líquido nos pulmões pode resultar em tosse persistente ou chiado no peito, que pode produzir catarro às vezes tingido de sangue. (UCSF HEALTH, 2019)</i></p>
SINAL: Cianose	<i>Não foram obtidas orientações a respeito deste sinal.</i>
TRATAMENTO FARMACOLÓGICO	<p><i>Certifique-se de que sabe para que serve cada um dos seus medicamentos, quando tomá-lo e quanto deve tomar. Descubra se você deve continuar tomando todos os medicamentos que estava tomando antes de ser internado no hospital. (UW MEDICINE, 2019)</i></p> <p><i>O que deve ser conhecido sobre as medicações: nome do medicamento (genérico e nome da marca); para que você toma; quando tomar; quanto tomar (número de comprimidos ou miligramas); como tomar (por via oral, injeção, inalação e com/sem comida); quais efeitos colaterais devem ser relatados; quanto tempo tomar. (NEW YORK-PRESBITERIAN HOSPITAL, 2019)</i></p> <p><i>Conheça os nomes dos seus medicamentos e como toma-los (dose, frequência, horários, instruções especiais). Liste tudo o que você toma, incluindo as prescrições, medicamentos de venda livre, vitaminas e suplementos. (CLEVELAND CLINIC, 2019)</i></p> <p><i>Os prestadores de cuidados de saúde devem saber quais os medicamentos estão em uso; isso inclui todas as prescrições e medicamentos sem receita, suplementos nutricionais, ervas e outros remédios. (NEW YORK-PRESBITERIAN HOSPITAL, 2019)</i></p> <p><i>Os medicamentos não podem curar a insuficiência cardíaca, mas eles podem: melhorar os sintomas; evitar que a condição piore e melhore a sobrevivência; melhorar a qualidade de vida, como você se sente (em geral) e a sensação de bem-estar; diminuir o número de vezes que ocorre internação no hospital por insuficiência cardíaca. (CLEVELAND CLINIC, 2019)</i></p> <p><i>Tome seus medicamentos exatamente como o médico diz, mesmo se você começar a se sentir melhor ou não tiver nenhum sintoma. (CLEVELAND CLINIC, 2019)</i></p> <p><i>É muito importante que você tome seus medicamentos da maneira que foi orientado. Não tome outros medicamentos ou ervas sem perguntar ao seu</i></p>

TEMAS	INSTITUIÇÕES
TRATAMENTO FARMACOLÓGICO	<p><i>médico primeiro.</i> (MOUNT SINAI, 2018)</p> <p><i>Não pare de tomar qualquer medicação ou faça quaisquer alterações na quantidade que toma sem antes falar com o seu médico ou enfermeiro.</i> (CLEVELAND CLINIC, 2019)</p> <p><i>Fale com o seu médico antes de mudar a maneira de tomar seus remédios. Nunca pare de tomar esses medicamentos para o coração, ou quaisquer medicamentos que você esteja tomando para diabetes, pressão alta ou outras condições médicas que você tenha.</i> (MOUNT SINAI, 2018)</p> <p><i>Informe seu médico sobre o que medicamentos de venda livre e fitoterápicos (se houver) e quais suplementos dietéticos você está tomando.</i> (UW MEDICINE, 2019)</p> <p><i>Os medicamentos para a disfunção erétil interagem com o dinitrato de isossorbida e devem ser evitados.</i> (CLEVELAND CLINIC, 2019)</p> <p><i>Criar um sistema para lembrar de tomar os medicamentos, como: colocar os medicamentos próximo à escova de dentes; usar um organizador de comprimidos; definir um alarme para os horários em que você precisa tomar os medicamentos.</i> (CLEVELAND CLINIC, 2019)</p> <p><i>Para ajudar a lembrar dos horários dos remédios, use um temporizador que soe ou vibre ou peça uma caixa de comprimidos dividida.</i> (UW MEDICINE, 2019)</p> <p><i>Monitorar efeitos colaterais dos medicamentos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Informar ao médico ou ao enfermeiro se houver tosse seca/cortante e se a mesma se mantém durante a noite.</i> <i>Levantar-se mais devagar da posição deitada ou sentada para evitar tontura.</i> <i>Verificar com que frequência deve ser feito o teste de sódio.</i> <i>Verificar com que frequência deve ser feito o teste de potássio. Informar imediatamente ao médico ou ao enfermeiro se ficar grávida.</i> <i>Alguns medicamentos mascaram sintomas em pacientes diabéticos, os quais devem monitorar cuidadosamente os níveis de açúcar no sangue.</i> <i>Verifique a frequência cardíaca (pulso) em casa.</i> <i>Monitorar o cansaço ou intolerância ao exercício. Pode levar cerca de 10 a 12 semanas para o coração se ajustar aos efeitos de um beta-bloqueador, mas os sintomas melhoram com o tempo.</i> <i>Pode ocorrer falta de ar ou inchaço em pessoas com asma. Se isso ocorrer, deve-se notificar o médico ou o enfermeiro imediatamente.</i> <i>Observar ocorrência de disfunção erétil.</i> <i>Observar sinais de desidratação: excesso de fadiga, urina escura, menos urina do que o esperado, boca seca, mais sede do que o habitual ou constipação.</i> <i>Observar ocorrência de câibras musculares, que pode ocorrer devido ao baixo teor de potássio.</i> <i>Observar a ocorrência de dores de cabeça, que podem ocorrer devido ao uso de nitrato. Questionar ao médico quanto à possibilidade da utilização de analgésicos.</i> <p style="text-align: right;">(CLEVELAND CLINIC, 2019)</p> <p><i>Se estiver tomando um anticoagulante, como a warfarina (Coumadin), necessitará de análises sanguíneas adicionais para se certificar de que a dose está correta.</i> (MOUNT SINAI, 2018)</p> <p><i>Não tomar sildenafil, vardenafil, tadalafil ou qualquer remédio herbal para problemas de ereção sem verificar primeiro.</i> (MOUNT SINAI, 2018)</p>

TEMAS	INSTITUIÇÕES
TRATAMENTO NÃO-FARMACOLÓGICO	<p><i>Mudanças de estilo de vida que você pode fazer para ajudar a prevenir a insuficiência cardíaca incluem: não fumar; controlar pressão alta e diabetes; permanecer fisicamente ativo; comer alimentos saudáveis; manter um peso saudável; reduzir e gerenciar o estresse. (MAYO CLINIC, 2017)</i></p> <p><i>Para controlar os fatores de risco de insuficiência cardíaca, deve-se: parar de fumar; perder peso (se estiver acima do peso) e aumentar o exercício moderado; restringir sal e gordura da dieta; evitar álcool; ter descanso adequado; controlar o açúcar no sangue, se diabético; controlar a pressão arterial; limitar fluidos. (NEW YORK-PRESBITERIAN HOSPITAL, 2019)</i></p> <p><i>O manejo da insuficiência cardíaca deve incluir: cessação do tabagismo, restrição do consumo de álcool, restrição hidrossalina, redução de peso em pacientes obesos. (HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS, 2013)</i></p> <p><i>Será necessário consumir menos sal e sódio. Tente comer menos fast foods e alimentos embalados, como sopas enlatadas, refeições congeladas e salgadinhos, que são ricos em sódio. Qualquer coisa salgada, como pickles ou azeitonas, deve ser evitada. [...] Não se deve adicionar sal à comida. [...] Leia sempre os rótulos dos alimentos para ver quanto sódio está no produto. Devem ser evitados também alimentos ricos em gordura saturada. É importante perguntar ao profissional de saúde se é seguro beber álcool. Deve-se diminuir as refeições fora de casa, pois estas podem ser muito altas em sódio. (NEW YORK-PRESBITERIAN HOSPITAL, 2019)</i></p> <p><i>As pessoas com insuficiência cardíaca terão uma melhora se: fizerem uma dieta saudável com baixo teor de sódio e gordura; não fumarem e evitarem a exposição ao fumo passivo; não beberem álcool ou limitarem a ingestão a não mais do que uma bebida duas ou três vezes por semana; perderem peso; evitarem ou limitarem o consumo de cafeína. (UCSF HEALTH, 2019)</i></p> <p><i>Alguns alimentos são considerados fluidos, incluindo pudim, gelatina, todas as sopas (grossas ou finas), picolés e sorvetes. (CLEVELAND CLINIC, 2019)</i></p> <p><i>Algumas dicas podem ajudar a se livrar do fluido extra e respirar mais facilmente: reduzir a quantidade de sódio na dieta por dois dias (por exemplo, se você normalmente tem cerca de 2.400 mg de sódio por dia, limite seu sódio a cerca de 2.000 mg por dia); reduzir a quantidade de líquidos por dois dias (por exemplo, se você normalmente toma oito copos de líquidos por dia, reduza a ingestão de líquidos para seis por dia); se fizer isso e ainda estiver com falta de ar, ligar para o médico. (CLEVELAND CLINIC, 2019)</i></p> <p><i>Será necessário comer menos sal; o sal pode provocar sede e ter sede pode fazer com que a pessoa beba muito líquido. O sal extra também faz com que o fluido permaneça no corpo. (MOUNT SINAI, 2018)</i></p> <p><i>Limitar o sódio em na dieta ajuda a minimizar a quantidade de fluido extra ao redor do coração, pulmões e pernas. O fluido extra no corpo faz o coração trabalhar mais e pode aumentar a pressão arterial. [...] Importante seguir uma dieta com quantidades baixas de sódio, além de conhecer o limite diário de consumo. (CLEVELAND CLINIC, 2019)</i></p> <p><i>Comer alimentos frescos sempre que possível. Evitar restaurantes de fast food. (CLEVELAND CLINIC, 2019)</i></p> <p><i>Sal e sódio não são a mesma coisa; o sal é uma combinação de sódio e cloreto. Uma colher de chá de sal = 2.300 mg de sódio. (CLEVELAND CLINIC, 2019)</i></p> <p><i>Muitos alimentos que não têm sabor salgado, ou que você não adiciona sal, ainda contêm muito sal. (MOUNT SINAI, 2018)</i></p> <p><i>Deve-se procurar nos rótulos os símbolos listados como KCl, K⁺ ou potássio e evitar esses alimentos, pois o potássio pode ser usado em alguns alimentos como conservante ou como substituto do sal. (CLEVELAND CLINIC, 2019)</i></p>

(continua)

TEMAS	INSTITUIÇÕES
<p>TRATAMENTO NÃO-FARMACOLÓGICO</p>	<p><i>Será necessário consumir menos sal e sódio. Evite fast foods e alimentos embalados, como sopas enlatadas, refeições congeladas e salgadinhos, que são ricos em sódio. Qualquer coisa salgada, como pickles ou azeitonas, deve ser evitada. Os vegetais enlatados são muitas vezes ricos em sódio, mesmo que não tenham sabor salgado. (UW MEDICINE, 2019)</i></p> <p><i>Não se deve adicionar sal na comida após o preparo. E atentar que e um condimento tiver sabor salgado, provavelmente contém muito sódio e deve ser evitado. (UW MEDICINE, 2019)</i></p> <p><i>Não beber álcool, pois ele dificulta o trabalho dos músculos do coração. Perguntar ao profissional de saúde o que fazer em ocasiões especiais em que o álcool e os alimentos que você está tentando evitar serão servidos. (MOUNT SINAI, 2018)</i></p> <p><i>Pare de fumar. Peça ajuda para sair, se precisar. Não deixe ninguém fumar em sua casa. (MOUNT SINAI, 2018)</i></p> <p><i>Saiba o que fazer para tornar o coração e os vasos sanguíneos mais saudáveis: evitar alimentos gordurosos; ficar longe de restaurantes fast-food; evitar alguns alimentos preparados e congelados; aprender dicas de comidas rápidas. (MOUNT SINAI, 2018)</i></p> <p><i>As pessoas com insuficiência cardíaca devem receber orientação para cessação de tabagismo e receber vacinação contra pneumococo e influenza. (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, 2016)</i></p> <p><i>Certifique-se de tomar uma vacina contra a gripe todos os anos. Pode ser necessária também vacina contra a pneumonia. (MOUNT SINAI, 2018)</i></p> <p><i>A pessoa com insuficiência cardíaca deve ser avaliada quanto à situação vacinal e à saúde bucal, bem como as condições para acompanhamento odontológico. (INC, 2018)</i></p> <p><i>Ao verificar a pressão arterial em casa, pode-se detectar problemas precocemente. [...] Pergunte ao médico quais os valores da pressão arterial e quando entrar em contato. (UW MEDICINE, 2019)</i></p>
<p>EXERCÍCIOS/ ATIVIDADE FÍSICA</p>	<p><i>Se é incapaz de andar muito, pergunte ao profissional de saúde os exercícios que podem ser feitos enquanto está sentado. (MOUNT SINAI, 2018)</i></p> <p><i>Atividades físicas regulares e moderadas, como caminhar, nadar, dançar ou andar de bicicleta, podem melhorar os sintomas da insuficiência cardíaca e também pode reduzir o estresse e aumentar os níveis de energia. [...] Esses são fatores importantes para se manter saudável, especialmente quando se tem insuficiência cardíaca. Pode ser difícil ser fisicamente ativo com essa condição e pode ser necessário seguir certas precauções. Converse com o médico antes de iniciar um programa de atividade física. [...] A pessoa pode ser uma candidata para reabilitação cardíaca. (NEW YORK-PRESBITERIAN HOSPITAL, 2019)</i></p> <p><i>As pessoas com insuficiência cardíaca verão uma melhora se fizer exercícios regulares, que podem incluir um programa de reabilitação física, quando os sintomas forem estáveis. (UCSF HEALTH, 2019)</i></p> <p><i>Deve-se falar com o médico ou enfermeira sobre a melhor rotina de exercícios. Quando a pessoa tem insuficiência cardíaca, pode ser necessário evitar certos exercícios ou ter outras restrições com base na saúde. (CLEVELAND CLINIC, 2019)</i></p> <p><i>A pessoa com insuficiência cardíaca pode ser encaminhada para um programa de reabilitação cardíaca, onde se ensina como aumentar lentamente o exercício e como cuidar da doença cardíaca. O trabalho pesado deve ser evitado. (MOUNT SINAI, 2018)</i></p>

TEMAS	INSTITUIÇÕES
ATIVIDADE SEXUAL	<p><i>Perguntar ao médico antes de iniciar a atividade sexual novamente. (MOUNT SINAI, 2018)</i></p> <p><i>Na insuficiência cardíaca, a atividade física pode causar cansaço ou falta de ar. [...] O sexo é tipicamente uma forma moderada de exercício - geralmente cai no mesmo nível de atividade que subir dois ou três lances de escada.[...] Permanecer sexualmente ativo é importante para manter uma qualidade de vida saudável e permanecer conectado ao parceiro. Deve-se ter em mente que a relação sexual pode não ser segura dependendo do estágio e do tipo de insuficiência cardíaca, mas é seguro beijar e tocar. [...] Então mantenha pausa na atividade sexual até que o médico diga que há estabilidade. Tome todos os medicamentos como indicado e não pule medicamentos por medo de efeitos colaterais sexuais. [...] Se houver alguma dificuldade sexual, não se deve ter vergonha de conversar com o cardiologista ou outro médico. (MAYO CLINIC, 2017)</i></p> <p><i>As relações sexuais são físicas e emocionais. Deve-se conversar abertamente com seu parceiro sobre como se sente e defina expectativas realistas. Também podem ser encontradas maneiras diferentes de demonstrar afeto. É importante que ambos os parceiros sejam honestos, carinhosos e amorosos. (CLEVELAND CLINIC, 2019)</i></p>
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	<p><i>A insuficiência cardíaca pode fazer com que a pessoa se canse mais rapidamente. É importante tomar medidas para manter alto o nível de energia. A pessoa deve descansar bastante, certificando-se de dormir o suficiente à noite (7-8 horas é melhor). Às vezes é necessário descansar pelo menos uma vez por dia (não cochile na cama). Enquanto descansa, colocar os pés para controlar o inchaço nas pernas e pés. (CLEVELAND CLINIC, 2019)</i></p> <p><i>Pode ser necessário fazer pausas antes, durante e depois das atividades. Tente reduzir algumas atividades ou dividi-las em pequenas tarefas. (CLEVELAND CLINIC, 2019)</i></p> <p><i>Sente-se enquanto se barbeia, secando o cabelo e fazendo outra higiene. (CLEVELAND CLINIC, 2019)</i></p> <p><i>Reserve um tempo para agendar seu trabalho doméstico, exercícios e atividades sociais para que você possa estar preparado e descansado. Não agende muitas coisas em um dia. Planeje as atividades às vezes em que você tem mais energia e evite fazer as coisas logo após comer. (CLEVELAND CLINIC, 2019)</i></p> <p><i>Peça por ajuda. Converse com amigos e familiares sobre maneiras pelas quais eles podem ajudá-lo com tarefas. (CLEVELAND CLINIC, 2019)</i></p> <p><i>As pessoas com insuficiência cardíaca verão alguma melhora se modificarem as atividades diárias e descansarem o suficiente para evitar estressar o coração. (UCSF HEALTH, 2019)</i></p> <p><i>Se o médico ou enfermeiro disser que está tudo bem, as escadas podem ser usadas. Descanse no meio do caminho se precisar e tente evitar várias viagens para cima e para baixo. (CLEVELAND CLINIC, 2019)</i></p> <p><i>Ser diagnosticado com insuficiência cardíaca pode causar uma tensão na saúde emocional. A pessoa pode se sentir deprimida e ansiosa e preocupada com os sintomas, o futuro e como tal condição afeta a família. Os familiares também podem estar deprimidos e ansiosos. Esses sentimentos são normais e devem desaparecer à medida que a pessoa começa a cuidar da saúde e fazer mudanças positivas. Se os sentimentos persistirem e impedir de aproveitar a vida, deve-se conversar com o médico, enfermeiro ou conselheiro/terapeuta que possa ajudá-lo a lidar. (CLEVELAND CLINIC, 2019)</i></p> <p><i>Tente ficar longe de coisas estressantes. Se se sentir estressado o tempo todo ou se estiver muito triste, fale com o seu o profissional de saúde, que pode encaminhá-lo para um conselheiro/terapeuta. (MOUNT SINAI, 2018)</i></p> <p><i>Viver com uma condição crônica pode causar mais estresse do que o habitual às vezes. É importante tomar medidas positivas para lidar com o estresse. Não recorra a comida e álcool para lidar. [...] Não há problema em dizer "não" às pessoas. Afirme-se e defina limites para si mesmo. [...] Não fume nem</i></p>

TEMAS	INSTITUIÇÕES
<p>ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA</p>	<p><i>use produtos de nicotina, pois essa age como estimulante. Causa mais sintomas de estresse e faz com que seu coração trabalhe mais do que o normal.[...] O exercício regular pode ajudar a reduzir o estresse. Escolha uma atividade agradável e defina metas razoáveis. Converse com seu médico ou enfermeira sobre um programa de exercícios que seja seguro para você. [...] Tire um tempo todos os dias para relaxar. Experimente uma mistura de atividade aeróbica e outras técnicas como meditação e yoga para ajudar o corpo a se recuperar dos efeitos do estresse. [...] Não se pode controlar tudo o que acontece na vida. Controle o que pode e aceite que precisa deixar algumas coisas para trás. (CLEVELAND CLINIC, 2019)</i></p> <p><i>Certifique-se de que a casa está pronta para ser segura e fácil para movimentar-se e evitar quedas. (MOUNT SINAI, 2018)</i></p> <p><i>Planejar passeios ou ajustar o cronograma diurético de acordo com as atividades diárias. (CLEVELAND CLINIC, 2019)</i></p> <p><i>Retire tempo no dia para sonecas e para colocar os pés para cima. (NEW YORK-PRESBITERIAN HOSPITAL, 2019)</i></p> <p><i>Tire um tempo no dia para soneca e/ou repouso com os pés para cima. (UW MEDICINE, 2019)</i></p> <p><i>Conversar com o médico ou enfermeira sobre os planos de viagem. Certifique-se de que possui o número de telefone do seu médico ou enfermeiro. Use sempre a sua identificação médica de emergência. Embale todos os medicamentos e verifique se tem o suficiente para durar toda a viagem. Use o mesmo sistema de lembretes que faz em casa (organizador de pílulas, alarme, etc). (CLEVELAND CLINIC, 2019)</i></p> <p><i>Em viagens de avião, sempre embale os medicamentos na bagagem de mão. Pode ser necessária uma carta do médico sobre os medicamentos, especialmente se for viagem internacional. (CLEVELAND CLINIC, 2019)</i></p> <p><i>Deve-se ter cuidado para evitar infecções durante as viagens. Se houver risco de água imprópria, beba água engarrafada e peça bebidas sem gelo. Nadar apenas em piscinas cloradas. Escolha cuidadosamente comida e bebida. Mantenha-se em dia com suas restrições de sódio e fluidos. (CLEVELAND CLINIC, 2019)</i></p>
<p>RECURSOS EXISTENTES</p>	<p><i>Mantenha uma cópia da sua lista com você em todos os momentos. Leve sua lista com você para todas as consultas médicas e mostre-a ao seu médico ou enfermeiro. (CLEVELAND CLINIC, 2019)</i></p> <p><i>Levar uma lista atualizada de todos os medicamentos, incluindo doses e quando os toma, para a consulta de cada profissional de saúde. Se não tiver uma lista, levar todos os frascos de comprimidos. (UCSF HEALTH, 2019)</i></p> <p><i>Mantenha uma lista atualizada de todos os medicamentos e leve-os sempre que for ao médico. Se não houver uma lista à mão, leve todos os frascos de comprimidos para a consulta. (NEW YORK-PRESBITERIAN HOSPITAL, 2019)</i></p> <p><i>Fique de olho em quanto de cada medicação tem em casa. Não espere até que a medicação acabe antes de solicitar um reabastecimento; a farmácia pode nem sempre ter um suprimento e pode ser necessário esperar alguns dias para obter mais medicamentos. (CLEVELAND CLINIC, 2019)</i></p> <p><i>Mantenha as visitas de acompanhamento. O médico ou enfermeiro de insuficiência cardíaca deve ser consultado duas vezes por ano ou mais frequentemente, se necessário. Se você tiver internado no hospital, é importante fazer acompanhamento sete dias e 30 dias depois de sair do hospital, mesmo que esteja se sentindo bem. Pode ser necessário fazer alterações nos medicamentos ou inscrever a pessoa num programa de reabilitação cardíaca. (CLEVELAND CLINIC, 2019)</i></p> <p><i>Com o programa multidisciplinar, o paciente receberá, após a sua alta hospitalar, acompanhamento telefônico da equipe de enfermagem, que tem como objetivo aumentar a aderência ao tratamento e orientar o autocontrole com medidas de detecção precoce de descompensação em casa como, por exemplo, o controle do peso. (HCOR, 2017)</i></p>

(conclusão)

TEMAS	INSTITUIÇÕES
CUIDADOS PALIATIVOS	<i>Devido à insuficiência cardíaca ser uma doença crônica, deve-se conversar com o médico e a família sobre as preferências de atendimento médico. Pode-se completar uma diretiva antecipada ou vontade de viver para que todos os envolvidos no cuidado conheçam os desejos da pessoa. Um testamento vivo detalha os tratamentos que a pessoa quer ou não fazer para prolongar sua vida. É uma boa ideia preparar um testamento vital enquanto estiver bem, caso não consiga tomar essas decisões mais tarde. (CLEVELAND CLINIC, 2019)</i>
DIREITOS DO PACIENTE E FAMILIARES	<p><i>Às vezes a rotina pode ser um desafio. Se for difícil ir e vir de consultas médicas, peça a um membro da família que vá junto, assim ele pode tomar notas, ajudar a lembrar de perguntas e aprender a ajudá-lo em casa. (NEW YORK-PRESBITERIAN HOSPITAL, 2019)</i></p> <p><i>É uma boa ideia que um membro da família também conheça esta informação. (UW MEDICINE, 2019)</i></p> <p><i>A capacidade de trabalhar depende da saúde geral, dos sintomas e da rapidez com que a pessoa se recupera. Deve-se conversar com o médico sobre o tipo de trabalho que a pessoa tem e os possíveis efeitos no problema cardíaco. Podem ser necessárias alterações no trabalho, como folga ou treinamento para um cargo diferente. (CLEVELAND CLINIC, 2019)</i></p> <p><i>Os assistentes sociais devem identificar e intervir sobre as expressões da questão social que interferem no processo saúde-doença dos portadores de patologias cardiovasculares, contribuindo para a efetivação de seus direitos, como: direito previdenciário; isenção do imposto de renda na aposentadoria, reforma ou pensão; gratuidade de transporte; acesso a medicamentos; direitos civis e sociais; e direito ao acompanhante (INC, 2018)</i></p>
EMPODERAMENTO PARA AUTONOMIA E AUTOCUIDADO	<i>Não foram obtidas orientações a respeito deste sintoma.</i>

APÊNDICE D

Quadro 3 – Orientações identificadas nas falas da equipe multiprofissional, Mar/2019, Alfenas-MG.

(continua)

TEMAS	EQUIPE MULTIPROFISSIONAL
DOENÇA	<p><i>“Eles não sabiam o quê que era Insuficiência Cardíaca. A maior parte falava assim: ‘mas doutora todo mundo fala dessa insuficiência cardíaca, que raio que é isso?’. Então acho que a primeira coisa é você explicar pro paciente a doença que ele tem. O quê que é isso que ele tem.” (M2 – GF2)</i></p> <p><i>“E a outra coisa é que eles não entendem a causa. O porquê que eles têm essa doença. Então isso também é importante. Muitos falam: ‘olha, eu tenho um pacote de exames’. Eles traziam mesmo. [...] Num pacote que eles colocavam em cima da mesa e falavam: ‘então, eu fiz tudo isso e não sei o que eu tenho’. (risos) Então é bom explicar pra ele, né, a causa.” (M2 – GF2)</i></p> <p><i>“Depende de etiologias também, isquêmica, alcoólica, viral a gente tá tendo bastante também, aí depende de cada tipo a gente dá um tipo de orientação, mas basicamente fica na base do volume e da aderência medicamentosa.” (M1 – GF2)</i></p> <p><i>“Uma das coisas que a gente vê que é muito importante é a pessoa trabalhar no processo que adoeceu, é de contextualizar qual foi o fenômeno que ela foi repetindo durante a vida que levou ao, ao adoecimento [...] Você vai: o que te adoeceu? Geralmente, ele não vai falar nem dessas questões táticas, ele vai nas questões interpessoais: ‘ah, eu tô com um estresse não sei o quê, eu tô com uma dificuldade aqui, uma dificuldade acolá’ né? E é essa a primeira associação que ele faz do que levou ele ao adoecimento. Então a gente tem que trabalhar com esse conceito pra depois trabalhar nas questões bem práticas do adoecer né? Por que a gente faz esse tipo de orientação, de contextualização? Pra que ele tenha a possibilidade de não repetir mais isso, pra sair dessa compulsão e repetição.” (P1 – GF1)</i></p>
SINTOMA: Edema	<p><i>“A questão dos sinais e sintomas que o paciente pode vir a apresentar pós-alta, né, como dispneia, edema...” (E1 – GF3)</i></p> <p><i>“E o porquê de pesar a cada três dias. [...] o paciente com Insuficiência Cardíaca tem que pesar a cada três dias. Se ele pesar e aumentar um quilo, ou ele tá comendo demais, coisa que não deve, ou tá descompensando da doença. Então tem que ver o que tá acontecendo. Marcar um retorno mais precoce.” (M2 – GF2)</i></p> <p><i>“Explico pro paciente que a gente é um copo d’água, que quanto mais água entra, uma hora vai transbordar. No caso dos pacientes cardíacos, vai transbordar pro pulmão, pé, tem paciente que fica anasarcado...” (M1 – GF2)</i></p> <p><i>“A perna, ah tá com a perna, é, começou a ficar mais inchadinha, tá estranha, tá apertando tá ficando o sinal do dedo, epa, tem que correr, né? Ir pra um Pronto Socorro, ver como é que tá.” (M2 – GF2)</i></p> <p><i>“E pesar também é uma opção pra ele saber se teve muita mudança de peso. Será que ele tá retendo muito líquido?” (N1 – GF1)</i></p>
SINTOMA: Cansaço	<p><i>“Atentar a sinal de esforço pra pentear cabelo, esforço pra tomar, se sente cansaço, é um sinal de alerta, então eu tento sempre orientar a ter atenção a esse sinal do cansaço com pouquinho coisa q ele faça.” (E2 – GF3)</i></p> <p><i>“Ah, o paciente vai andar aquela quantidade que ele já andava, tá ficando mais cansado. Epa, tem alguma coisa estranha.” (M2 – GF2)</i></p> <p><i>“Às vezes o paciente fica muito cansado, pra fazer tudo ele faz um esforço muito grande, aí o metabolismo dele aumenta, e às vezes ele acaba perdendo</i></p>

(continua)

TEMAS	EQUIPE MULTIPROFISSIONAL
	<i>peso, aí a gente tem essa parte de ter de suplementar, tal...” (N1 – GF1)</i>
SINTOMA: Dispneia	<i>“A questão dos sinais e sintomas que o paciente pode vir a apresentar pós-alta, né, como dispneia, edema...” (E1 – GF3)</i> <i>“Por exemplo, se o paciente à noite né, vai dormir, dorme com um travesseiro, tá tendo que dormir com dois, três, isso já um sinal, né, dispneia paroxística noturna num estágio de descompensação da insuficiência cardíaca.” (M2 – GF2)</i>
SINTOMA: Tosse	<i>“E sinal de tosse produtiva, alguma outra coisa que possa associar a uma exacerbação do quadro, é, procurar logo o serviço...” (F4 – GF3)</i>
SINTOMA: Plenitude gástrica	<i>“Se tá tendo dor no peito, algum desconforto que parece uma queimação de que a comida não fez uma boa digestão, a gente também orienta. Não é pra ficar em casa tomando Eno, Sonrisal e não vir né?” (M2 – GF2)</i>
SINTOMAS: Taquicardia, Alteração no nível de resposta verbal, Alteração no padrão urinário e Constipação	<i>Não mencionado nas discussões</i>
SINAIS: Cianose, Ascite, Pressão jugular venosa elevada e sons pulmonares	<i>Não mencionado nas discussões</i>
TRATAMENTO FARMACOLÓGICO	<i>“A segunda coisa é explicar por quê que ele tem que tomar aquelas medicações. Cada um vinha com uma lista gigantesca, assim, e falava: ‘olha só, eu tenho que tomar tudo isso de comprimido por dia, meu estômago vai acabar!’. Aí eu sentava e falava assim: ‘olha, esse serve pra isso, pra isso, pra isso, o senhor entendeu por que o senhor tá tomando isso?’. ‘Ah, agora entendi!’. ‘Entendeu a importância do senhor tomar isso e por quê que tem que tomar?’. ‘Ah, agora tô entendendo’.” (M2 – GF2)</i> <i>“Ah, outra coisa: a letra do médico. Muitos vinham com uma receita com um garrancho, que eles falavam: ‘eu não tomo porque eu não entendo! Eu não sei o que tá escrito! Eu já sou analfabeto, tento entender essas letrinhas e não entendo nem o que o médico escreve, como é que eu vou tomar?’” (M2 – GF2)</i> <i>“A gente fala [...] restrição hídrica fazer parte principalmente, aderência medicamentosa, os controles pressóricos com certeza, é... baixa ingesta de sal, sódio né?” (M1 – GF2)</i> <i>“Tem alguns diuréticos que ele pode perder alguns nutrientes, aí a gente vai: ‘consome mais alimentos porque você pode estar perdendo tal nutriente’, ‘consome tal, tal alimento’.” (N1 – GF1)</i>

(continua)

TEMAS	EQUIPE MULTIPROFISSIONAL
TRATAMENTO FARMACOLÓGICO	<p><i>“Quando a gente consegue fazer a orientação de alta desse paciente, a gente tem que ter em mãos as receitas que ele vai tomar em casa com a receita feita pelo médico e aí a gente analisa se naquela receita todas as medicações o paciente primeiramente vai conseguir pegar num posto de saúde ou em algum lugar que seja gratuito, porque se não for a gente tem que entrar em contato com o médico ou ver com o paciente se ele tem alguma condição de comprar aquele medicamento. Então a gente tem até um impresso de educação nossa, do farmacêutico, que a gente faz, a gente tenta até fazer uma tabelinha com horário, tenta manter os mesmos horários que ele tomava aqui no hospital e... as medicações que ele vai tomar, o horário que ele vai tomar, tentar fazer uma explicação pra ele mesmo, é... pra quê que ele tá tomando cada medicamento.” (Fa1 – GF1)</i></p> <p><i>“Mas a gente na hora que a gente faz a tabelinha deles a gente já tenta ver se as medicações que foram prescritas pra ele tomar em casa se tem alguma interação: algum risco de sangramento quando é antiplaquetário ou algum desconforto intestinal se tá com algum protetor gástrico... a gente já tenta ter essa visão quando a gente consegue dar alta para eles.” (Fa1 – GF1)</i></p> <p><i>“Tem o fato, por exemplo, pra quem é analfabeto, colocar a luazinha, o almoço... [...] ‘Ah, esse aqui tem que tomar de manhã, esse aqui tem que tomar à noite, e assim por diante’”. (Fa2 – GF2)</i></p>
TRATAMENTO NÃO-FARMACOLÓGICO	<p><i>“Em relação à alta do paciente com Insuficiência Cardíaca, o que eu percebo que a gente foca muito é a questão da alimentação...” (E1 – GF3)</i></p> <p><i>“A gente fala também da questão ‘cessar tabagismo’, eu vejo bastante que os pacientes de IC que a gente tem aqui, a maioria é tabagista.” (E1 – GF3)</i></p> <p><i>“Eu costumo também orientar a alimentação, principalmente a questão de comida que seja muito gordurosa.” (E2 – GF3)</i></p> <p><i>“Ah, tabagismo, porque assim, a gente tem muito... quando acontece, a gente tem muito paciente que consome álcool, consome comida... alimento mais gorduroso, consome o tabaco e a gente fica... sempre pega no pé.” (E2 – GF3)</i></p> <p><i>“A maioria dos pacientes, eles questionam a gente, o quê é que ele vai comer a partir de agora. ‘E agora o quê é que eu vou comer?’. E aí eu costumo sempre dizer pra eles como é que ele comia. Como é que ele comia antes de vir pra cá. Geralmente eles falam que comia tudo, que não restringia nada... e aí eu falo: ‘ó, a partir de agora, vamos diminuir no sal, vamos diminuir na gordura...’. Pergunto se fuma, bebe, converso sobre os problemas que ele vai ter a partir de agora depois da alta, com o contínuo do fumo, contínuo do álcool e aí tento fazer que ele entenda que ele precisa realmente diminuir esse consumo de... desses alimentos, dessa bebida.” (E2 – GF3)</i></p> <p><i>“Em relação ao que a gente tá tendo agora... bastante paciente jovem com insuficiência cardíaca, de etiologia alcoólica, é também cessar o álcool. Porque, assim, não é a quantidade de álcool, é exposição ao álcool.” (M1 – GF2)</i></p> <p><i>“Em relação à alimentação. Eles acham que tem que comprar comida cara, pra ficar saudável, e na verdade não é. Então a parte da nutrição também é muito importante na alta do paciente. É mostrar os alimentos que ele pode comprar, que são baratos até e que ele pode ter acesso! Fazer as hortinhas em casa, com os temperos, do que ficar comprando Ajinomoto, Sazon, essas coisas pra colocar na comida que aumenta, né, o sódio lá em cima.” (M2 – GF2)</i></p> <p><i>“A gente fala [...] restrição hídrica fazer parte principalmente, aderência medicamentosa, os controles pressóricos com certeza, é... baixa ingestão de sal, sódio né?” (M1 – GF2)</i></p> <p><i>“(Para) Exercício respiratório normalmente a gente dá um Respirom. Porque essa coisa do feedback visual que o Respirom favorece, faz com que a pessoa consiga fazer o exercício. [...]apesar do Respirom ser algo pra expansão, recrutar, mesmo assim a gente dá o Respirom só pra ele ter essa coisa de fazer certinho o exercício. Alguns a gente orienta a elevação do membro associado à respiração, mas exercícios respiratórios em geral, sempre orientando não cansar muito, é uma coisa sempre leve.” (F1 – GF1)</i></p>

TEMAS	EQUIPE MULTIPROFISSIONAL
TRATAMENTO NÃO-FARMACOLÓGICO	<p><i>“Pacientes assim também a gente geralmente procura pegar o ‘Respiron’, que é um incentivador respiratório [...] Visualmente, é mais fácil né? É um treino de resistência, mas não aumenta força da musculatura.” (F2 – GF2)</i></p> <p><i>“Se possível, continuar fazendo fisioterapia de alguma maneira, seja ambulatorial ou em casa mesmo, particular, ou seguir as orientações que a gente deixa na alta. Que seria, no caso, manter os exercícios respiratórios. É difícil pro paciente lembrar em casa, apesar de ser exercícios simples, mas de ter uma disciplina pra fazer, então a gente geralmente pega Respiron, a gente usa muito Respiron, porque aí é um material que fica fácil da família identificar e cobrar pra fazer... A gente pede pra fazer três séries de 10, se possível de manhã, à tarde...” (F4 – GF3)</i></p> <p><i>“Acho uma questão da comida, já cheguei a conversar com paciente, [...] é com relação a fazer a alimentação mais fracionada, do tipo não comer um prato pedreiro no almoço e ficar super indigesto, fazer má digestão mesmo daquilo. Tentar comer mais fracionado, em varias vezes durante o dia, pra evitar esse desconforto, por conta de uma refeição muito pesada ou, assim, em grande quantidade, sei lá, duas vezes por dia. Porque às vezes, é, muitas vezes acaba fazendo alimentação inadequada, come muito na hora do almoço e depois nem come mais nada no resto do dia. E janta também muito tarde, pra não jantar muito tarde, tentar comer alguma coisa mais leve mais cedo.” (F4 – GF3)</i></p> <p><i>“A gente orienta na hora de deitar evitar decúbito zero, tentar deitar com uma cabeceira mais elevada, que à noite tem a depressão respiratória, então pode vir a ter né, uma descompensação por conta disso...” (F4 – GF3)</i></p> <p><i>“Se o médico falar: esse paciente vai com restrição hídrica para casa, aí a gente vai instruir a quantidade que ele pode ingerir por dia, que não é só água, né, os líquidos em geral, os sucos, chá.” (N1 – GF1)</i></p> <p><i>“É legal ter aquele copo com dosador [...] Aqueles com mL, sabe? Então usa um copinho: tomei 200 de manhã, 200 de tarde, aí vai somando pra ele saber, no final do dia, quanto que ele tomou.” (N1 – GF1)</i></p> <p><i>“Evitar tomar bebidas que não têm calorias boas, digamos, um refrigerante.” (N1 – GF1)</i></p> <p><i>“A gente faz uma orientação pra dieta hipossódica, os alimentos que ele pode ou não consumir.” (N1 – GF1)</i></p> <p><i>“A gente tenta focar um pouco na alimentação mais saudável, fracionada e assim o básico, principal, que é a alimentação hipossódica.” (N1 – GF1)</i></p> <p><i>“A gente concentra um pouco mais a dieta dele por conta de débito cardíaco, essas coisas e... e líquido, então a gente já dá uma dieta um pouco mais densa caloricamente é... e que não tenha tanta dificuldade de digestão pra não causar um cansaço maior no paciente.” (N2 – GF2)</i></p>
EXERCÍCIOS/ATIVIDADES FÍSICAS	<p><i>“A gente fala [...] a questão da atividade física também, se tiver condição de fazer...” (E1 – GF3)</i></p> <p><i>“Fazer uma atividade física que não esforce tanto, mas que ele contenha pelo menos 60 minutos de uma atividade que ele consiga fazer sem ter tanto cansaço, mas que ele consiga fazer uma atividade sempre, como uma caminhada, no início do dia.” (E2 – GF3)</i></p> <p><i>“E em relação à atividade física sempre em conjunto com o médico, a liberação é sempre feita pelo médico, mas a gente orienta a não ficar parado. Tem que fazer alguma atividade. A intensidade a gente acorda com o médico, mas em geral a atividade tem que ser prescrita progressiva. Ele vai sentar, ele vai caminhar um pouquinho e, conforme o tempo passa, ele vai aumentando.” (F1 – GF1)</i></p> <p><i>“Mas os que a gente tem contato e acompanha até o momento da alta é o paciente manter uma vida o mais saudável possível em atividade física, se o médico liberar atividade física também no caso dele né? [...] E se o médico liberar uma atividade física pra ele procurar alguém que acompanhe ele nessa atividade física, não faça sozinho [...] mas uma atividade física com orientação de um fisioterapeuta, a princípio, e na reabilitação cardiopulmonar... Então, assim, ter esse acompanhamento sempre com o profissional da área.” (F2 – GF2)</i></p>

TEMAS	EQUIPE MULTIPROFISSIONAL
EXERCÍCIOS/ ATIVIDADES FÍSICAS	<p><i>“E progredir os exercícios né? Caminhada, né? Acho que é muito importante na insuficiência cardíaca.” (F3 – GF2)</i></p> <p><i>“A gente tem esse hábito sim de atender assim: hoje ele andou até o corredor, amanhã o fisioterapeuta vai tentar ir até o final do corredor, no outro dia vamos caminhar duas clínicas, então, assim, sempre tem uma progressão, mas não é uma coisa protocolada, não temos esse protocolo hoje.” (F2 – GF2)</i></p> <p><i>“Acho que quando também liberada a atividade física pelo médico, a gente sempre fala da Casa do Idoso, casas que tem... que proporciona atividades livres, né, pra esses, pra esses pacientes. Também tem alguns lugares que é... [...] Academia ao ar livre né? Tem alguns pontos que sempre tem um profissional. [...] Mas só com recomendação médica. [...] Procurar esses lugares que dão atividades gratuitas pra rede, pra quem não tem condições talvez de pagar... um lugar né? (F2 – GF2)</i></p> <p><i>“A gente orienta caminhada, começar com uma caminhada leve, curta distância, e conforme for passando o tempo, for evoluindo né, melhor, ir aumentando essa distância... [...] Atividade acho que é bem cautelosa, na verdade. Eu acho que tem... a gente pelo menos toma bastante cuidado com relação a manter esse tipo de atividade. Pra não ser nada que esforce, porque qualquer coisinha acaba descompensando né?” (F4 – GF3)</i></p>
ATIVIDADE SEXUAL	<p><i>“Na alta, não costuma ser perguntado. Costuma-se perguntar ali no ambulatório, quanto a isso. Aí a geralmente a gente vê, se for paciente com cardiopatia isquêmica, a gente depois de ter já controlado a doença ou já ter feito um teste... um teste não-invasivo que não tenha positivado, geralmente é normal. Até o paciente que é um coronariopata que já fez cateterismo, já fez angioplastia, é liberado também.” (M1 – GF2)</i></p> <p><i>“Na alta não é perguntado. Por isso a gente não orienta. A gente acaba mesmo não falando sobre, abordando.” (M1 – GF2)</i></p> <p><i>“Você precisa sempre fazer isso com o médico, em conjunto, assim, porque não deu ainda pra mensurar as esferas da vida dele, quais delas vão ter um impacto relacionado a isso né? Se vão ter ou não né? Mas o que a gente vê é que nem entra no campo da orientação. Você só coloca para ele poder pensar sobre isso e estimula né? Uma das coisas que a gente faz muito é tentar empoderar ele pra falar com o médico!” (P1 – GF1)</i></p>
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	<p><i>“Evitar, tipo, ele morar num prédio que sobe escada, então assim evitar subir todos os lances de escada de vez, ir parando aos pouquinhos um degrau por degrau...” (E2 – GF3)</i></p> <p><i>“O paciente de ICC fica bem limitado né, mas eu acho que ele tem que ter um autocuidado. Eu acho que o enfermeiro tem que ensinar esse autocuidado dentro das limitações dele.” (E1 – GF3)</i></p> <p><i>“Mas em casa ter vida ativa né, preservar as AVDs, ter uma vida ativa, fazer o que ele puder sozinho [...] se ele tem competência de fazer sozinho, dentro das limitações dele, no tempo dele, que ele sempre se esforce a fazer aquilo sozinho [...] a gente sempre incentiva o paciente não ficar acamado em casa, estimular a ter uma vida ativa, não deixar de fazer o que ele fazia. Mesmo com a internação, ele perde um pouco da função, mas voltar pra casa e recuperar a função que ele tinha... Então ser ativo, ser independente né, no que ele conseguir...” (F2 – GF2)</i></p> <p><i>“Bom, com relação à fisioterapia, a gente procura sempre pedir pro paciente se manter ativo [...] É... vai depender muito do grau do ICC, de como o paciente fica em casa né? Geralmente o paciente usa oxigênio, algumas vezes... então, a gente tenta orientar que não fique parado, que mantenha uma certa atividade, mas que não exagere pra não descompensar.” (F4 – GF3)</i></p> <p><i>“Um dos ângulos que a gente acha muito importante é do paciente... de trabalhar o empoderamento dele com o autocuidado né? Se ele tiver menos sofrido e empoderado, ele é um paciente que vai se tratar, que vai batalhar pelos direitos dele, que vai correr atrás e tal...” (P1 – GF1)</i></p>

TEMAS	EQUIPE MULTIPROFISSIONAL
RECURSOS EXISTENTES	<p><i>“Às vezes, a gente consegue consulta pra daqui a uma semana, tem médico que a gente consegue consulta daqui um mês. Vai depender da agenda de cada médico.” (E2 – GF3)</i></p> <p><i>“Nem todos os pacientes de ICC são encaminhados pra unidade de reabilitação, a maioria não. [...] Um ICC, em geral, seria encaminhado pra unidade de reabilitação e, em alguns casos, pra Univap. É que nem todos os médicos sabem que existe essa possibilidade, daí a gente que sinaliza.” (F1 – GF1)</i></p> <p><i>“Quando o paciente, a gente vê que tem indicação de fisioterapia, num caso desse, a gente conversa com o médico pra pedir a fisioterapia, ser encaminhado pelo próprio SUS. [...] Tem a fisioterapia que é oferecida pelo SUS, pela prefeitura, mas aí tem, não sei como falaria, mas tem todo... [...] uma burocracia. A escriturária pede, o médico pede, enfim, a prefeitura entra em contato com a família... Agora eu não sei quanto tempo isso dura pra chegar... quanto tempo leva até chegar ao paciente após alta.” (F2 – GF2)</i></p> <p><i>“A gente tem alguns colegas que trabalham nessas faculdades, inclusive. E a gente entra em contato, fala ‘olha, tem como esse paciente assim, assado?’. A gente... se é um paciente que precisa muito (de reabilitação cardiopulmonar) assim, né, não tem muitas condições financeiras...” (F3 – GF2)</i></p> <p><i>“Não é incomum encaminhar pra UPA da saúde mental, pra CAPS, paciente cardíaco. [...] se ele estiver avaliado a gente faz referência, justifica, coloca até o contexto médico que o internou e depois descreve bem o quê psiquicamente ele tem e o quanto isso compromete a adesão né? Aí fica muito mais fácil, a gente liga no CAPS... todo mundo conhece os profissionais daqui né, os psicólogos na cidade, tenta amarrar com o psicólogo de lá...” (P1 – GF1)</i></p> <p><i>“Olhando pelo ângulo psíquico quando você vê um transtorno emocional assim mais complexo, na internação uma das coisas que a gente quer detectar é se isso é prévio à internação ou se isso é remetente à internação. Se é prévio à internação, a gente vai trabalhar com interesse de fazer acompanhamento posterior psiquiátrico. E aí que entra o sentido de fazer encaminhamento. E aí a gente sempre tem que encaminhar pro CAPS de região! Você não vai mandar um cara do Sul pro CAPS norte né? [...] em casos de emergência, se o paciente for ficar internado aqui, uma das coisas que a gente tenta viabilizar com o médico é se a gente não consegue jogar esse paciente daqui pra UPA da saúde mental, ser avaliado lá, depois ele volta aqui e sai com alta tudo amarradinho já” (P1 – GF1)</i></p> <p><i>“Aí a gente orienta onde tem a medicação, que é se é na UES, se é na UBS, se é Estado, se é processo prefeitura... Isso tudo cai no Serviço Social.” (AS1 – GF1)</i></p> <p><i>“Fora que a gente vai ver a questão dos retornos né, se vai ser ou postinho ou UES, aqui às vezes tem alguma questão aqui e a gente acompanha... [...] Os casos que eu oriento eu deixo meu contato pra tirar dúvida.” (AS1 – GF1)</i></p> <p><i>“Até mesmo porque acho que a questão do serviço social é mais fácil dele localizar. Ele não vai conseguir achar o médico toda hora e como tem a sala do serviço social, é o primeiro lugar que ele bate. Bate lá no serviço social, o serviço social vai, faz toda essa ponte, conversa com o médico, faz tudo, aí volta, orienta, faz tudo o que tem que fazer, aí ele vai com tudo certo.” (AS2 – GF1)</i></p> <p><i>“Quando eles se dirigem até nós, a gente tenta beneficiar deles o máximo e proporcionar para eles o máximo de sabedoria e encontre direitos que eles têm para exercer naquele momento. [...] Acontece que depois esse paciente retorna no hospital, falou assim: ‘ah eu fui lá no postinho pegar e a moça falou que não é lá’. Mas ela, também, sabedora de todas as informações, ela também não forneceu aquela informação para ele. Aí quando ele chega até a gente, a gente fala assim: ‘não, realmente não é lá, é assim que funciona, precisa de tal documento, precisa de tal papel, o senhor precisa abrir um protocolo, abrir um processo, precisa fazer isso’. A gente dá todas as orientações para que depois quando ele puder fazer isso ele consiga fazer sozinho e ele saiba como fazer e ele ter direito ao máximo de entender os direitos que ele tem naquele momento.” (AS2 – GF1)</i></p> <p><i>“Eu sempre eu ligo também, às vezes, em casa de homem principalmente, né, pra saber se... ‘ah, a consulta amanhã, tá?’ [...] Eles falam assim: ‘nossa,</i></p>

TEMAS	EQUIPE MULTIPROFISSIONAL
<p>RECURSOS EXISTENTES</p>	<p><i>obrigado pelo carinho, atenção...'. Eles super agradecem...” (AS1 – GF1)</i></p> <p><i>“Então, não especificamente só pro cardíaco, todas as vezes que a gente é acionado, a gente já vê tudo que o paciente precisa. Se ele precisa de... ele não anda, ele não deambula, ele deambula com apoio, se ele precisar de transporte, eu tenho o formulário, o médico preenche e ele vai dar entrada no... através da prefeitura. Ele consegue fralda, o transporte... Ele tem uma avaliação, tá? Não posso dizer que 100% consegue. A avaliação não é nossa, eu apenas encaminho por observar a realidade dele, no momento, mas a verificação mesmo é pela assistente social da prefeitura que faz essa constatação, faz a avaliação e depois ela que determina se vai liberar ou não.” (AS3 – GF3)</i></p> <p><i>“No pós-alta ele já sai com a consulta agendada, né, aí ele vai pro médico cardiologista ou o clínico geral daqui... [...] O médico daqui que vai dizer o que ele precisa. Vai continuar com o cardiologista daqui? Então vai. [...] Daí o que ele observar, ele vai fazer os encaminhamentos né? Então a consulta acontece no ambulatório. Então ele vai retornar pra uma consulta no pós-alta. [...] Já sai agendado. Ele retorna pra essa consulta aqui no ambulatório. Aí o processo dele de alto custo continua.” (AS3 – GF3)</i></p>
<p>CUIDADOS PALIATIVOS</p>	<p><i>“Acho que se o paciente for pra casa, um paciente paliativo, terminal, [...] acho que a gente tem que priorizar o conforto, mesmo se o paciente rebaixar mais, mesmo se ele for ficar mais hipotenso, mas a gente tem que deixar ele confortável.” (M1 – GF2)</i></p> <p><i>“Esse é o momento também de acertar a medicação do paciente. Ah, um paciente que é cardíaco, ele vai estar tomando muita coisa. [...] então é hora, é o momento de tirar essas coisas supérfluas, né, coisas que não vão trazer o benefício naquele momento pra esse paciente.” (M1 – GF2)</i></p> <p><i>“As famílias, quando você aborda a paliatividade, eles acham que é assim: se um paciente tá paliado, quer dizer que ele vai ficar no hospital esperando a morte. E não é isso. Então você conversa, conversa com um, com outro, com um, com outro até poder todos os familiares entenderem.” (M2 – GF2)</i></p> <p><i>“[...] não tem porque mais ficar fazendo atividade, então a gente orienta uma massagem de conforto, uma mudança de decúbito [...] pra família não começar a ter problema na coluna, a gente orienta os pontos-chave, [...] como posicionar o paciente sem se lesionar, mudar o paciente, procurar secar um suor, que aquilo é um incômodo absurdo, às vezes ele não está conseguindo fazer...” (F1 – GF1)</i></p> <p><i>“E na nossa área é basicamente, é, posicionamento, né, na cama ou deixar sentadinho, né, uma posição mais confortável pra respirar...” (F3 – GF2)</i></p> <p><i>“Eu já atendi paciente em home care em cuidados paliativos ICC. E a gente tenta falar pra família dar o máximo de conforto no sentido de dar, fazer coisas que ele goste de fazer, deixar ele fazer, comer determinadas coisas sem abusar, mas que traga conforto pra ele, pensando em alguma maneira assim. Se ele não quer fazer a atividade, por exemplo, a fisioterapia, eu não vou forçar ele fazer, porque você tem que fazer, porque a gente já sabe que é paliativo, né, não vai trazer, não vai reverter, não vai ajudar ele a melhorar aquele quadro que ele tá né? E forçar ele a fazer alguma coisa acho que não vai ser bacana.” (F4 – GF3)</i></p> <p><i>“Na parte da Nutrição, é nutrição de conforto, é aquilo que o paciente aceita comer, aquilo que o paciente quer comer... [...] eu costumo ir até o paciente, se ele estiver com acompanhante, pergunto, se ele estiver lúcido, eu pergunto: ‘o quê que o senhor gostaria de comer’, né? A gente tenta fazer com que ele aceite qualquer coisa... Dentro do que é possível, a gente orienta sempre perguntar o que quer comer, não seguir tanto os horários, dar na hora que o paciente quer, diminuir os intervalos um pouco da refeição...” (N2 – GF2)</i></p> <p><i>“Quanto à paliatividade desse paciente, a gente vê que a nossa grande abordagem, pela dificuldade dele acaba sendo muito mais destinada a família. Então, se for pegar a estatística dos trabalhos dos psicólogos aqui dentro, a gente tem uma porcentagem assim 90% dos atendimentos é para os familiares, porque paciente paliativo já não está mais em condições de ser atendido, muitas vezes, isso também implica. Mas, mesmo os que estão em condição, têm muita dificuldade de falar sobre isso. Então eles entram no momento de muito isolamento social, momento até de parar de falar com a</i></p>

(continua)

TEMAS	EQUIPE MULTIPROFISSIONAL
CUIDADOS PALIATIVOS	<p><i>própria família sabe, de parar de falar com os filhos, de ficar muito introspectivo... essa é uma das dificuldades que a gente encontra, bastante nesse público.” (P1 – GF1)</i></p> <p><i>“No sentido de estimular o diálogo sobre a despedida dele, de dizer o quanto foi importante conviver com eles... [...] No sentido de que, de que é muito sadio expressar os sentimentos... De que não é proibido chorar... De que chorar pode dar até um alívio depois que acabar essa crise de choro... De autorizar a expressão das emoções, assim né, e autorização dos pensamentos também né? Trabalhar a questão de perdão...” (P1 – GF1)</i></p>
DIREITOS DA PESSOA COM IC E FAMILIARES	<p><i>“Geralmente, ali na clínica quando a gente vai orientar os pacientes, todos os pacientes né, a gente tenta passar também pra um familiar, ainda mais quando a gente percebe que esse paciente é um paciente que, pelo que a gente vê, não adere muito ao tratamento. [...] A gente tenta falar com a família pra ver se dá um apoio nisso, porque às vezes a pessoa sozinha não consegue ter o controle da receita médica, o que ele tem que tomar, o horário que tem que tomar...” (E1 – GF3)</i></p> <p><i>“Eu costumo dar sempre a alta não só pro paciente. Muitas vezes o paciente fica aqui sozinho e só chega alguém na hora de vir buscar ele. Então eu sempre espero, [...] eu sempre espero chegar um acompanhante pra poder conversar sobre a medicação e a orientação, eu nunca passo só pro paciente.” (E2 – GF3)</i></p> <p><i>“Ter acesso à receita, à renovação, sem precisar ficar esperando dias e dias pra passar com o médico.” (M2 – GF2)</i></p> <p><i>“Em termos de medicação que eu sei, é que assim, tem as farmácias populares, que você leva, assim, a documentação, enfim, lá e tem acesso à medicação de graça ou a um custo de dois reais, quatro reais...” (M2 – GF2)</i></p> <p><i>“O que a gente tenta fazer, na grande maioria das vezes, não só nessa, mas em outras patologias, é já ir ensinando enquanto ele está lá, a família e ele: ‘olha, quando o senhor for, for para casa, faça isso’. Porque daí, como ele tá num momento totalmente diferente, é muito mais fácil de assimilar e quando a gente vai dar a orientação de alta, ele já, já tá craque no assunto. Então ele não vai ter dificuldade de ser bombardeado com informação.” (F1 – GF1)</i></p> <p><i>“Então, assim, o que eu acho que é muito importante são cartilhas de orientação. [...] Porque por mais que você oriente, reoriente, tre-oriente, vai ter muita dificuldade de decorar, assimilar tudo. Então uma cartilha com fotos, [...] com um linguajar muito de fácil entendimento, com figuras, quando for uma orientação muito específica daí deixa bem em branco pra pessoa escrever, mas em geral já digitado. Se a pessoa esquece, ela corre na cartilha: ‘ah, isso aqui’. Porque é difícil decorar mesmo! Não adianta! É muito complicado” (F1 – GF1)</i></p> <p><i>“Eu realmente acredito nessa proposta porque a pessoa leva pra casa tudo coloridinho, de fácil entendimento, se ela esquece, ela vai lá e procura! E enxuta também porque se for muita coisa a pessoa fica de saco cheio. Mas quando ela é bem enxuta, é muito fácil você recorrer ali.” (F1 – GF1)</i></p> <p><i>“Mas em relação à orientação, eu acho que o ponto... o primeiro ponto é não ter uma receita de bolo. É ser totalmente individualizado, paciente a paciente. Seja histórico familiar, a doença em si o grau da doença tem que ser uma coisa muito, muito, muito individualizada.” (F1 – GF1)</i></p> <p><i>“E a questão, que nem você falou da comunicação, que muitas vezes eles recebem uma informação com muitos termos técnicos, muita coisa que eles não entendem e, muitas vezes, eles não voltam a perguntar o que é. Por vergonha. Isso a gente percebe muito também; a gente orienta, você vê que a pessoa não entendeu muito bem e aí você tem que falar num termo mais comum, ainda mais porque a gente trabalha num hospital público e muitas vezes tem paciente que não tem muita instrução, então você tem que falar, assim, numa linguagem mais, mais simples possível pra ele entender.” (Fa1 – GF1)</i></p> <p><i>“Então, quando somos solicitados, geralmente já existe uma expressão grande de sofrimento. Então a gente tem duas pautas pra trabalhar neste paciente: num momento, ver o que o angustia nessa internação e, num segundo passo, a gente quer compreender, na verdade, que orientação ele teve. A gente quer</i></p>

TEMAS	EQUIPE MULTIPROFISSIONAL
<p>DIREITOS DA PESSOA COM IC E FAMILIARES</p>	<p><i>investigar se houve alguma falha nesse processo ou se às vezes nem houve falha, mas a questão do que ele conseguiu assimilar do que foi dito pra ele, [...] Estar adoecido geralmente deixa a pessoa muito angustiada e isso atrapalha muito a capacidade de compreender, de entender aquilo que foi dito. E se uma linguagem muito técnica é compartilhada com ele, aí que ele vai ficar mais angustiado mesmo. Então o que a gente vai fazer é possibilitar pra ele uma condição pra ser reorientado porque muitas vezes ele não captou porque estava muito angustiado num primeiro momento.” (P1 – GF1)</i></p> <p><i>“Nesses momentos de orientação, às vezes, a gente vê que ter alguém do lado dele, ter alguém pra também receber essa orientação ajuda bastante esse paciente, que às vezes ele se sente até um pouco mais protegido também.” (P1 – GF1)</i></p> <p><i>“São mais os pacientes que sai com dúvidas porque às vezes o paciente quando já toma aquela medicação, ele já sabe mais ou menos o traquejo, mas quando é primeira vez, muitas vezes, o paciente só vai com a receita, aí ele chega lá no postinho, o postinho fala: ‘ah não é aqui’, ...ou se não volta, aí volta, aí vem tirar todas as dúvidas, daí aqui ele descobre que não é um processo assim... não é uma receita que vai pegar lá no posto na UBS porque daí tem que abrir um processo administrativo ou é alto custo ou é municipal aí vai conversa com o médico pro médico preencher todo aquele papel, deixar tudo anexo, tem data de validade pra ele poder dar entrada, pra ele poder renovar...” (AS2 – GF1)</i></p> <p><i>“Porque cada medicação tem uma demanda né, às vezes não tem na UBS, tem que ser na UES, tem no Estado, tem na prefeitura...” (AS1 – GF1)</i></p> <p><i>“Então, assim, o serviço social entra mais essa questão de viabilização de direito, de concessão de direito, o que ele tem direito enquanto aquele diagnóstico que tá presente com ele porque ele vai ter que deixar de fazer uma série de coisas que ele tava acostumado a fazer, ele vai ter que parar, então o que eu posso fazer para viabilizar esse direito pra ele, pra ele poder conseguir esse direito? Quais são as melhores formas para ele ter essa concessão desse benefício? Então acho que o serviço social entra bastante nessa parte, acho que pelo menos aqui no hospital é bem presente isso. Eles verificam uma demanda que talvez seja social, eles já acionam a gente pra a gente poder entrar em contrapartida.” (AS2 – GF1)</i></p> <p><i>“Na parte do Serviço Social, se, por exemplo, é uma medicação de alto custo, a gente que recebe através da secretária né, ela que encaminha pra gente enviar pra UBS pra agilizar. O paciente vai sair daqui, porém vai receber a medicação. A gente que providencia isso. Quando é de alto custo tá? Então já é montado todo o processo pelo médico e a gente que encaminha pra UBS. [...] Pra ele não perder porque, se ele fez uma angioplastia, um cateterismo, ele precisa já ser, já sair medicado, então às vezes ele já iniciou lá no hospital onde ele fez, aí vai dar sequência pra não interromper, né?” (AS3 – GF3)</i></p> <p><i>“Eu não participo diretamente da alta, mas, assim, se eu percebo que o paciente, eu tô falando e não tá entendendo, eu tento fazer a colocação familiar, pra próxima consulta estar presente, com um da família estar mais envolvido, porque às vezes você tá falando, tá falando, não tá adiantando nada! Então eu tento envolver o familiar. [...] A gente já tem um carta específica que a gente já encaminha pra família.” (AS3 – GF3)</i></p>
<p>EMPODERAMENTO PARA AUTONOMIA E AUTOCUIDADO</p>	<p><i>“Porque eu sempre eu prefiro ouvir o que o médico falou pra ele, porque tem muita orientação que, independente de ser ICC ou não, que eu já conheço o quê que o médico vai falar. Então assim, eu prefiro saber do paciente o quê que ele falou o quê que ele ouviu do médico e a partir daí eu dar minhas orientações, mesmo eu concordando ou discordando da orientação do médico.” (E2 – GF3)</i></p> <p><i>“Uma coisa que eu entendo também é que estamos fazendo queixa no sistema, mas tem a questão da própria responsabilização do paciente. A gente pergunta assim: ‘Estou percebendo que está difícil para você. Como é que está agora a sua vontade de viver com isso?’. Dependendo da resposta que ele dá, eu posso pelo menos hipotetizar que ele vai fazer uma maior batalha pra conquistar o que ele precisa ou ele pode ficar extremamente submisso ao que aconteceu e ser passivo e não se tratar direito. [...] Tem as faltas do sistema, mas também as faltas que o paciente tem com ele mesmo.” (P1 – GF1)</i></p> <p><i>“Outra coisa que eu acho que é bem importante é ele explicar pelas próprias palavras aquilo que ele entendeu né? Pedagogicamente, se você for olhar, o que que faz mais uma pessoa assimilar conhecimento? É quando ela ensina. Ela tá ensinando o psicólogo, ensinando o fisio... [...] isso é um grande possibilitador de catalisação do que ela precisa fazer futuramente.” (P1 – GF1)</i></p>

APÊNDICE E

PROTOCOLO MULTIPROFISSIONAL DE ALTA HOSPITALAR ÀS PESSOAS COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA E FAMILIARES

Origem: O presente protocolo foi elaborado como parte de dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL-MG.

Objetivo: Proporcionar a sistematização da alta hospitalar de pessoas com insuficiência cardíaca e familiares pela equipe multiprofissional hospitalar, garantindo a continuidade do processo assistencial.

Justificativa: O protocolo de alta hospitalar às pessoas com insuficiência cardíaca e familiares é fundamental para a continuidade e qualidade da assistência. No entanto, a exequibilidade do protocolo exigirá a interação entre a equipe multiprofissional no período de internação e a interlocução no pós-alta com os profissionais dos serviços de contrarreferência.

Grupo de desenvolvimento: Enfermeira e mestranda em Enfermagem Geruza Maria da Silva Gonçalves Manfredini, sob a orientação da Prof^ª Dr^ª Zélia Marilda Rodrigues Resck e co-orientação da Prof^ª Dr^ª Silvana Maria Coelho Leite Fava.

Conflito de interesse: Não há conflitos de interesse.

Evidências: Consultar pesquisa intitulada “Protocolo multiprofissional de alta hospitalar às pessoas com insuficiência cardíaca e familiares”, disponível no banco de tese e dissertações da biblioteca da Universidade Federal de Alfenas-MG, por meio do link: <https://bdtd.unifal-mg.edu.br:8443/>.

Revisão: A revisão do presente protocolo será realizada a cada dois anos pela equipe multiprofissional do hospital onde foi realizado o estudo ou por pesquisadores interessados.

Indicador de resultado: Os indicadores deverão ser: readmissões hospitalares em 30 dias, visitas ao departamento de emergência, ocorrência de óbito em domicílio e adesão à terapêutica farmacológica e não-farmacológica, cujos dados poderão ser levantados por meio

da verificação do censo hospitalar e do cadastro destes pacientes na Estratégia de Saúde da Família e/ou ambulatoriais na área de abrangência.

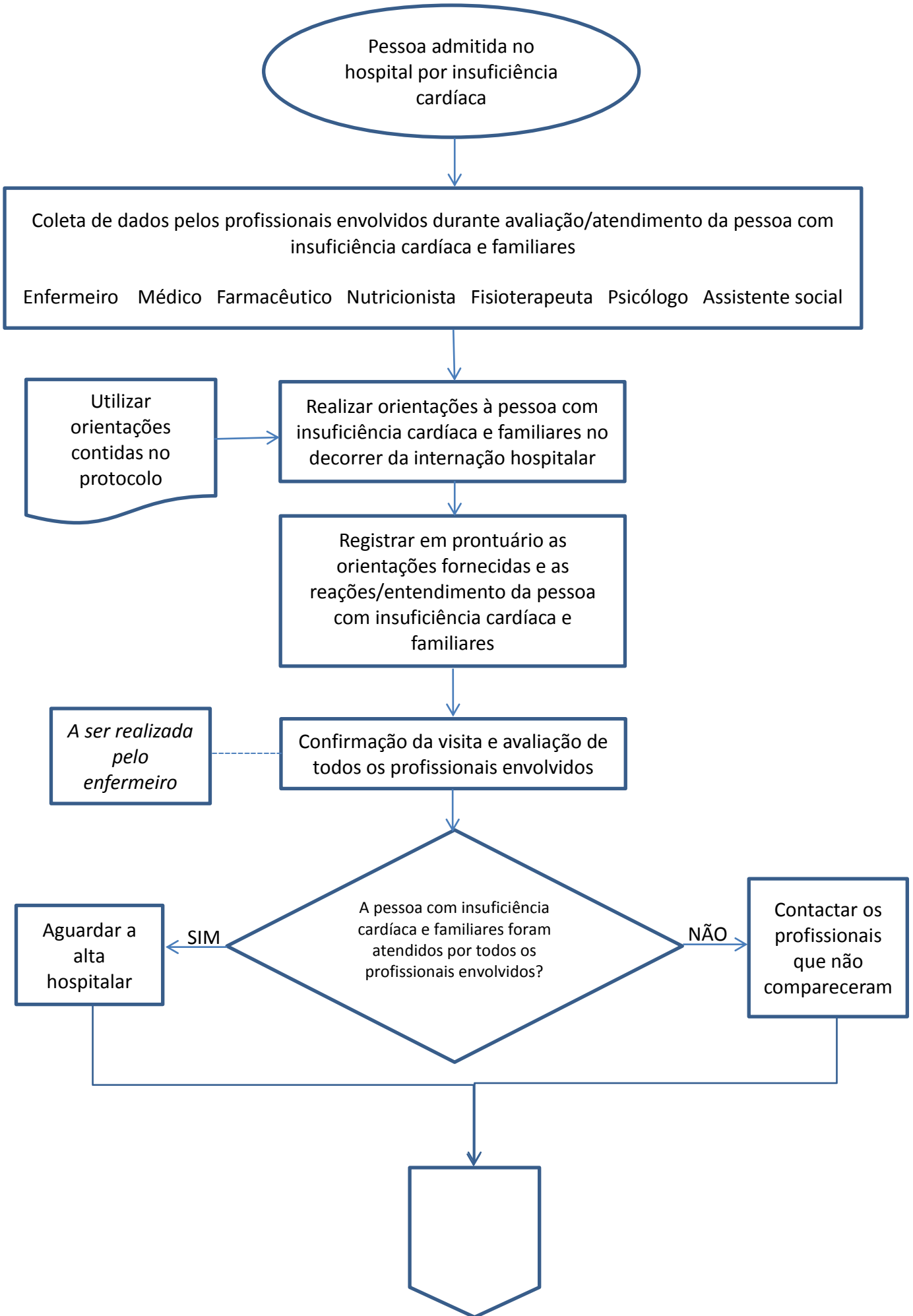
Validação pelos profissionais: O protocolo foi apresentado aos profissionais da equipe multidisciplinar que participaram dos grupos focais (enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, farmacêuticos, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais) para análise, a fim de assegurar a viabilidade e aplicabilidade do mesmo, conforme a realidade institucional.

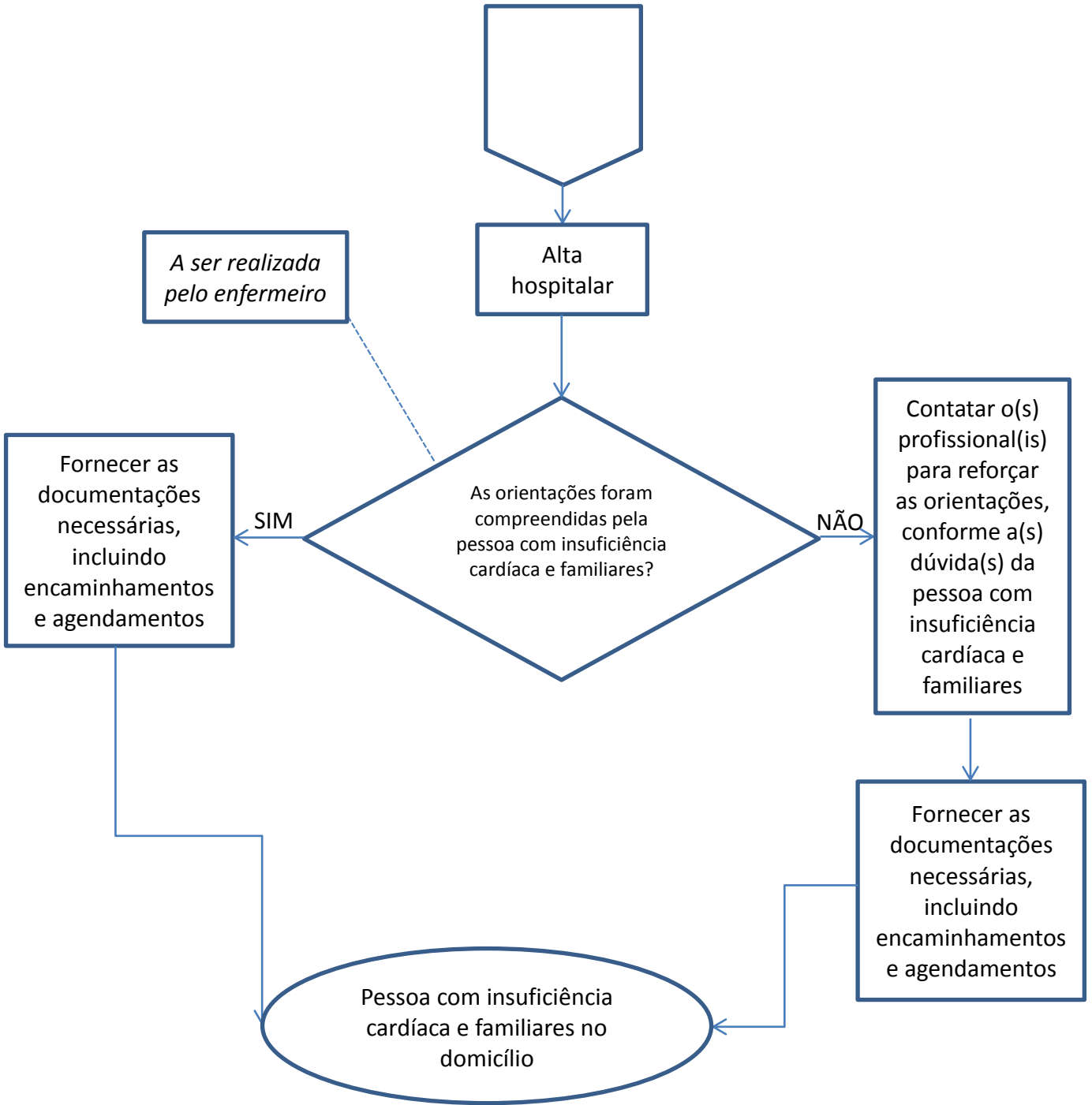
Validação pelos usuários: Poderá ser realizada pela equipe multiprofissional do hospital onde foi realizado o estudo ou como pesquisas futuras na área da saúde.

Limitações: Escassez de produção científica relacionada à temática.

Plano de implantação: O Protocolo multiprofissional de alta hospitalar às pessoas com Insuficiência Cardíaca e familiares será divulgado ao hospital onde foi realizado o estudo em sessões previamente agendadas, ministradas pela pesquisadora.

Fluxograma: Vide página seguinte.





ORIENTAÇÕES ÀS PESSOAS COM IC E FAMILIARES PARA CONTINUIDADE DO CUIDADO APÓS ALTA HOSPITALAR

- Proceder às orientações, utilizando termos de fácil entendimento, conforme o nível socioeconômico, educacional e cultural da pessoa com IC e familiares;
- Iniciar as orientações na admissão da pessoa com IC, por exemplo, na realização do histórico;
- Reforçar conhecimentos adequados e complementar e/ou corrigir conhecimentos prévios inadequados ou insuficientes.

CONHECIMENTO SOBRE A DOENÇA

Tema	Conteúdo e Suporte	Forma	Recursos	Responsável
Conhecimento sobre a Insuficiência Cardíaca	<p>Conteúdo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - verificar o conhecimento que a pessoa e/ou seus familiares com IC têm sobre o que é a IC e suas causas; - explicar de maneira simples o funcionamento normal do coração, o que acontece na IC e indicar a possível causa da IC da pessoa. <p>Suporte para o profissional:</p> <p>A Insuficiência Cardíaca é um estado no qual o coração não funciona adequadamente, havendo dificuldade de bombear a quantidade de sangue que o corpo precisa. É uma doença crônica ou de longo prazo, sendo necessário seguir as recomendações para evitar o agravamento da doença.</p> <p>A Insuficiência Cardíaca pode surgir em decorrência de diversas doenças, como doença arterial coronariana (entupimento nas artérias que envolvem o coração), doenças das válvulas (mau funcionamento de uma ou mais válvulas do coração), hipertensão (a pressão alta exige muito trabalho do coração), dentre outras. Assim, é importante entender que o tratamento da Insuficiência Cardíaca engloba, também, tratar a(s) doença(s) que a</p>	<ul style="list-style-type: none"> - orientação verbal; - orientação visual. 	<ul style="list-style-type: none"> - modelo do corpo humano indicando a relação do coração com os outros órgãos do corpo (gravura ou “manequim”). 	Enfermeiros Médicos

causou/causaram.			
Referências: BOCCHI; WETTEN; FERREIRA, 2015; CASTILLO; SÁNCHEZ, 2017; GAMBOA, 2017; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2018; TSAI et al., 2014; UCSF HEALTH, 2019.			

COMPLICAÇÕES DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA – SINAIS DE ALERTA

Tema	Conteúdo e Suporte	Forma	Recursos	Responsável
Presença de edema	<p>Conteúdo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - explicar à pessoa e aos familiares por que esse sintoma acontece; - explicar sobre a verificação de peso diário realizada no hospital; - indicar qual peso seco da pessoa e orientá-la sobre o peso que deve ser mantido; - verificar a disponibilidade de balança na casa da pessoa e, caso seja necessário, indicar um local para que ela possa se pesar; - orientar sobre a importância de pesar-se diariamente com o mínimo de roupa possível e descalço, sempre no mesmo horário; - orientar que a pessoa procure utilizar sempre a mesma balança, pesando após urinar e antes de comer; - orientar quanto à importância de anotar o peso todos os dias; - ensinar a avaliação do sinal de cacifo e orientar que ele faça essa avaliação diariamente; - orientar que a pessoa anote a quantidade de cruzes de acordo com os locais 	<ul style="list-style-type: none"> - orientação verbal; - orientação visual. 	<ul style="list-style-type: none"> - balança; - cartão de identificação com o valor do peso seco; - modelo do corpo humano indicando o coração com dificuldade de bombeamento e o comprometimento de outras partes do corpo (gravura ou “manequim”). 	<p>Enfermeiros Médicos</p>

	<p>do teste de avaliação do edema;</p> <ul style="list-style-type: none"> - orientar a procurar um profissional e/ou serviço de saúde quando houver aumento de mais de 1,5 kg em um dia. <p>Suporte para o profissional:</p> <p>Quando há dificuldade de bombeamento do coração, o sangue pode se acumular em outras partes do corpo, como pulmões, fígado, estômago, intestino e pernas. O fluido extra provoca extravasamento de líquido do vaso para os tecidos, o que provoca o edema. O acúmulo de líquido aumenta o peso corporal.</p> <p>Peso seco é aquele quando não há fluido extra no corpo.</p> <p>Para avaliar o sinal de cacifo: pressionar o dorso do pé, a perna e a coxa com o polegar e observar a presença de “afundamento” (pé +, perna ++, coxa +++).</p> <p>Referências: CLEVELAND CLINIC, 2019; FLORES-VILLEGAS; FLORES-LAZCANO; LAZCANO-MENDOZA, 2014; GAMBOA, 2017; MANGINI et al., 2013; NEW YORK-PRESBITERIAN HOSPITAL, 2019; STEVENSON et al., 2015.</p>			
<p>Presença de ascite</p>	<p>Conteúdo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - explicar à pessoa e aos familiares por que esse sinal acontece; - orientar quanto à ocorrência de edema ou aumento do abdome; - orientar que a pessoa procure um profissional e/ou serviço de saúde caso esse sintoma esteja presente. <p>Suporte para o profissional:</p> <p>O bombeamento ineficaz do coração pode levar ao acúmulo de sangue nos vasos e assim, provocar o extravasamento de líquido do vaso para</p>	<ul style="list-style-type: none"> - orientação verbal; - orientação visual. 	<ul style="list-style-type: none"> - modelo do corpo humano indicando o coração com dificuldade de bombeamento e o comprometimento de outras partes do corpo (gravura ou “manequim”). 	<p>Médico Enfermeiro</p>

	diversas partes do corpo, como pulmões, fígado, trato gastrointestinal, braços e pernas. Referências: CLEVELAND CLINIC, 2019; GAMBOA, 2017; MAYO CLINIC, 2017; MOUNT SINAI, 2018.			
Presença de cansaço	Conteúdo: - explicar à pessoa e aos familiares por que esse sintoma acontece; - identificar qual a tolerância da pessoa à atividade por meio da observação do desenvolvimento das atividades durante a internação; - orientar quanto à importância de observar a ocorrência de cansaço aos grandes, médios e pequenos esforços e/ou ao repouso; - indicar em quais situações deve procurar um profissional e/ou serviço de saúde: quando houver cansaço aos pequenos esforços e/ou em repouso. Suporte para o profissional: Com o agravamento da insuficiência cardíaca, o coração se torna incapaz de bombear o sangue de forma a atender as necessidades do corpo. Como compensação, ocorre o desvio do sangue para suprir áreas importantes do corpo, como o coração e o cérebro. Assim, a redução no suprimento sanguíneo nos braços e pernas faz com que as pessoas geralmente se sintam cansadas e fracas, com dificuldade para a realização de atividades comuns, como caminhar, carregar alimentos ou, simplesmente, pentear o cabelo. Referências: BOCCHI; WETTEN; FERREIRA, 2015; CLEVELAND CLINIC, 2019; GAMBOA, 2017; UCSF HEALTH, 2019.	- orientação verbal; - orientação visual.	- modelo do corpo humano indicando o coração com dificuldade de bombeamento e o comprometimento de outras partes do corpo (gravura ou “manequim”).	Médico Enfermeiro
Presença de dispneia	Conteúdo: - explicar à pessoa e aos familiares por que esse sintoma acontece;	- orientação verbal;	- modelo do corpo humano indicando o coração com	Médico Enfermeiro Fisioterapeuta

	<p>- orientar quanto à importância de observar a ocorrência de dispneia aos grandes, médios e pequenos esforços e/ou ao repouso;</p> <p>- indicar em quais situações deve procurar um profissional e/ou serviço de saúde: quando a pessoa acordar de repente à noite, necessitando se sentar para recuperar o fôlego; quando houver necessidade de usar mais de um travesseiro para dormir; quando houver a necessidade de manter-se sentado para dormir; quando os familiares observarem a ocorrência de pausa na respiração durante o sono.</p> <p>Suporte para o profissional:</p> <p>A dispneia pode ocorrer pela dificuldade do coração se contrair. Assim, o sangue fica represado no coração e nos vasos sanguíneos dos pulmões, o que prejudica a respiração.</p> <p>Referências: BOZCURT; MANN, 2003; GAMBOA, 2017; MANGINI et al., 2013.</p>	<p>- orientação visual.</p>	<p>dificuldade de bombeamento e o comprometimento de outras partes do corpo (gravura ou “manequim”).</p>	
<p>Presença de tosse</p>	<p>Conteúdo:</p> <p>- explicar à pessoa e aos familiares por que esse sintoma acontece;</p> <p>- orientar quanto à importância de observar a presença de tosse seca e/ou peito cheio e/ou saliva espumosa rosa;</p> <p>- orientar que a pessoa identifique o horário em que há piora da tosse;</p> <p>- indicar em quais situações deve procurar um profissional e/ou serviço de saúde: quando a tosse for pior no período noturno, na presença de saliva espumosa rosa.</p> <p>Suporte para o profissional:</p> <p>O congestionamento de sangue nos vasos pulmonares pode levar ao extravasamento de líquidos nos pulmões que resultam em tosse e sons nos</p>	<p>- orientação verbal;</p> <p>- orientação visual.</p>	<p>- modelo do corpo humano indicando o coração com dificuldade de bombeamento e o comprometimento de outras partes do corpo (gravura ou “manequim”).</p>	<p>Médico Enfermeiro</p>

	<p>pulmões, com maior probabilidade de ocorrer quando a pessoa está deitada.</p> <p>Referências: CASTILLO; SÁNCHEZ, 2017; CLEVELAND CLINIC, 2019; GAMBOA, 2017; UCSF HEALTH, 2019.</p>			
Presença de taquicardia	<p>Conteúdo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - explicar à pessoa e aos familiares por que esse sintoma acontece; - ensinar a avaliar os batimentos cardíacos; - identificar e orientar qual o valor médio de batimentos cardíacos da pessoa; - orientar quanto à importância de observar a ocorrência de alterações nos batimentos cardíacos (muito lento ou muito rápido ou alternando muito entre eles); - indicar em quais situações deve procurar um profissional e/ou serviço de saúde: quando os batimentos cardíacos estiverem muito acima do valor médio da pessoa. <p>Suporte para o profissional:</p> <p>Quando o coração perde a sua força de contração, ele aumenta os seus batimentos, como mecanismo compensatório, para enviar sangue ao corpo. Essa alteração é percebida ao se verificar que o pulso está fora do ritmo.</p> <p>Referências: CLEVELAND CLINIC, 2019; HABAL et al., 2014; LASKEY et al., 2015; NEW YORK-PRESBITERIAN HOSPITAL, 2019; UCSF HEALTH, 2019.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - orientação verbal; - orientação visual; - demonstração da aferição do pulso. 	<ul style="list-style-type: none"> - relógio; - cartão de identificação com o valor dos batimentos cardíacos; - modelo do corpo humano indicando o coração com dificuldade de bombeamento e o comprometimento de outras partes do corpo (gravura ou “manequim”). 	Médico Enfermeiro
Identificação do nível de resposta verbal	<p>Conteúdo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - explicar à pessoa e aos familiares por que esse sintoma acontece; - orientar quanto à ocorrência de mudança brusca no contato verbal ou na formulação de frases, tontura, dificuldade de concentração e desmaio; 	<ul style="list-style-type: none"> - orientação verbal; - orientação visual. 	<ul style="list-style-type: none"> - modelo do corpo humano indicando o coração com dificuldade de bombeamento e o 	Médico Enfermeiro

	<p>- orientar que a pessoa deve procurar um profissional e/ou serviço de saúde caso perceba alguma dessas alterações.</p> <p>Suporte para o profissional:</p> <p>A insuficiência cardíaca pode provocar sintomas como confusão mental, perda de memória, dificuldade de concentração e desmaios devido ao fluxo sanguíneo reduzido para o cérebro e, em algumas situações, devido aos níveis anormais de certas substâncias no sangue, como o sódio.</p> <p>Referências: CLEVELAND CLINIC, 2019; MOUNT SINAI, 2018; UCSF HEALTH, 2019.</p>		comprometimento de outras partes do corpo (gravura ou “manequim”).	
Identificação de alteração no padrão urinário	<p>Conteúdo:</p> <p>- explicar à pessoa e aos familiares por que esse sintoma acontece;</p> <p>- orientar que a pessoa deve estar atenta quanto à diminuição do volume de urina nas 24 horas, de acordo com a rotina pessoal, e também na cor e no cheiro da urina;</p> <p>- orientar que a pessoa fique atenta à necessidade de urinar à noite;</p> <p>- orientar que a pessoa procure um profissional e/ou serviço de saúde caso esse sintoma esteja presente.</p> <p>Suporte para o profissional:</p> <p>A diminuição do volume urinário decorre da dificuldade de bombeamento cardíaco levando à diminuição da perfusão renal e consequentemente baixa filtração renal.</p> <p>Além disso, há maior produção de urina quando se está deitado, pois o fluxo sanguíneo para os rins aumenta quando o corpo está nessa posição. Assim, pode haver maior necessidade de urinar no período noturno.</p>	<p>- orientação verbal;</p> <p>- orientação visual.</p>	- modelo do corpo humano indicando o coração com dificuldade de bombeamento e o comprometimento de outras partes do corpo (gravura ou “manequim”).	Médico Enfermeiro

	Referências: CASTILLO; SÁNCHEZ, 2017; CLEVELAND CLINIC, 2019; GAMBOA, 2017.			
Identificação de constipação	<p>Conteúdo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - explicar à pessoa e aos familiares por que esse sintoma acontece; - alertar a pessoa para observar os hábitos intestinais; - orientar quanto à presença de desconforto abdominal e/ou ausência de eliminação de gases; - orientar que a pessoa procure um profissional e/ou serviço de saúde caso esse sintoma esteja presente. <p>Suporte para o profissional:</p> <p>Na insuficiência cardíaca, há redução no suprimento sanguíneo em diversos órgãos, inclusive nos órgãos do sistema gastrointestinal. Assim, pode haver diminuição do peristaltismo intestinal, o que provoca a constipação.</p> <p>Referências: CASTILLO; SÁNCHEZ, 2017; CLEVELAND CLINIC, 2019; GAMBOA, 2017.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - orientação verbal; - orientação visual. 	- modelo do corpo humano indicando o coração com dificuldade de bombeamento e o comprometimento de outras partes do corpo (gravura ou “manequim”).	Médico Enfermeiro
Identificação de plenitude gástrica	<p>Conteúdo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - explicar à pessoa e aos familiares por que esse sintoma acontece; - atentar quanto à sensação de plenitude gástrica, dor no estômago ou sensação de endurecimento, perda de apetite ou náuseas; - orientar que a pessoa procure um profissional e/ou serviço de saúde caso esse sintoma esteja presente. 	<ul style="list-style-type: none"> - orientação verbal; - orientação visual. 	- modelo do corpo humano indicando o coração com dificuldade de bombeamento e o comprometimento de outras partes do corpo (gravura ou “manequim”).	Médico Enfermeiro Nutricionista

	<p>Suporte para o profissional:</p> <p>O suprimento inadequado de sangue aos órgãos do sistema gastrointestinal pode levar à sensação de plenitude gástrica, mesmo com a ingestão de pouco alimento.</p> <p>Referências: CASTILLO; SÁNCHEZ, 2017; GAMBOA, 2017; NEW YORK-PRESBITERIAN HOSPITAL, 2019; UCSF HEALTH, 2019.</p>			
Identificação dos sons pulmonares	<p>Conteúdo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - explicar à pessoa e aos familiares por que esse sinal acontece e o que tipos de sons podem aparecer; - orientar que a pessoa e os familiares fiquem atentos aos sons pulmonares que podem ser emitidos ao respirar; - orientar que o som pulmonar pode se assemelhar ao chiado; - orientar que a pessoa procure um profissional e/ou serviço de saúde caso esse sintoma esteja presente. <p>Suporte para o profissional:</p> <p>O excesso de líquidos nos pulmões dificulta a passagem de ar causando a emissão de sons, como sibilos.</p> <p>Referências: CASTILLO; SÁNCHEZ, 2017; CLEVELAND CLINIC, 2019; GAMBOA, 2017; UCSF HEALTH, 2019.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - orientação verbal; - orientação visual. 	<ul style="list-style-type: none"> - modelo do corpo humano indicando o coração com dificuldade de bombeamento e o comprometimento de outras partes do corpo (gravura ou “manequim”). 	Médico Enfermeiro
Presença de cianose	<p>Conteúdo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - explicar à pessoa e aos familiares por que esse sinal acontece; - orientar quanto à ocorrência de cianose das pontas dos dedos; - orientar que a pessoa procure um profissional e/ou serviço de saúde caso esse sintoma esteja presente. 	<ul style="list-style-type: none"> - orientação verbal; - orientação visual. 	<ul style="list-style-type: none"> - modelo do corpo humano indicando o coração com dificuldade de bombeamento e o comprometimento 	Médico Enfermeiro

	<p>Suporte para o profissional:</p> <p>Devido ao suprimento ineficaz de sangue para diversos órgãos, pode haver cianose das extremidades, como mãos, pés e boca. Lembrar que esse sinal pode não aparecer em pessoas com hematócrito baixo.</p> <p>Referências: CASTILLO; SÁNCHEZ, 2017; GAMBOA, 2017.</p>		de outras partes do corpo (gravura ou “manequim”).	
Identificação da pressão venosa jugular elevada	<p>Conteúdo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - explicar à pessoa e aos familiares por que esse sinal acontece; - orientar aos familiares para que fiquem atentos quanto à ocorrência de dilatação nas veias do pescoço; - orientar que a pessoa procure um profissional e/ou serviço de saúde caso esse sintoma esteja presente. <p>Suporte para o profissional:</p> <p>Devido à dificuldade de bombeamento, o sangue pode congestionar o coração e as veias jugulares, o que leva à sua distensão.</p> <p>Referências: CASTILLO; SÁNCHEZ, 2017; GAMBOA, 2017; MOUNT SINAI, 2018.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - orientação verbal; - orientação visual. 	- modelo do corpo humano indicando o coração com dificuldade de bombeamento e o comprometimento de outras partes do corpo (gravura ou “manequim”).	Médico Enfermeiro

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

Tema	Conteúdo e Suporte	Forma	Recursos	Responsável
Informações quanto aos medicamentos e sua utilização	<p>Conteúdo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - certificar de que a pessoa e familiares entenderam o que está escrito na receita médica; - orientar quanto aos nomes dos medicamentos, indicação, efeitos terapêuticos, tomada e instruções especiais; 	<ul style="list-style-type: none"> - orientação verbal; - orientação visual. 	<ul style="list-style-type: none"> - receita médica; - impresso com o nome dos medicamentos e 	Médicos Farmacêuticos

	<ul style="list-style-type: none"> - orientar quanto à via correta de administração de cada medicamento prescrito e como deve ser tomado; - orientar para que a pessoa e familiares estejam atentos aos horários corretos das medicações; orientar que, se necessário, seja utilizado despertador ou celular para lembrar os horários dos medicamentos; - orientar às pessoas com IC e familiares para que procedam à identificação dos horários em que os medicamentos devem ser tomados, nos casos de analfabetismo; - orientar que, caso seja necessário, pode-se separar os medicamentos nas quantidades exatas de cada horário; - orientar que sejam listadas e organizadas as medicações de uso diário, incluindo todas as prescrições, medicamentos de venda livre, vitaminas e suplementos; - orientar que a pessoa ou familiares observem, rotineiramente, a quantidade das medicações que tem em casa, de forma que seja abastecido em tempo hábil e esteja seguro se precisar esperar alguns dias para obter mais remédios em farmácia pública ou privada; - orientar quanto à continuidade dos medicamentos anteriores, se recomendado; - orientar que o tratamento seja mantido, mesmo que a pessoa esteja se sentindo melhor e/ou não tenha sintomas. <p>Suporte para o profissional: Por tratar-se de uma condição crônica, o tratamento é por longa</p>		<p>desenhos alusivos aos períodos manhã, tarde e noite;</p> <p>- caixa com divisórias para separação dos medicamentos por horários, mantendo o invólucro do medicamento.</p>	
--	--	--	--	--

	<p>permanência, sendo importante a adesão da pessoa ao tratamento, no que se refere não apenas à continuidade, mas também ao uso correto dos medicamentos conforme prescrição.</p> <p>O planejamento quanto à aquisição de medicamentos evita a sua descontinuidade.</p> <p>Referências: CLEVELAND CLINIC, 2019; NEW YORK-PRESBITERIAN HOSPITAL, 2019; REZENDE et al., 2019; SOUZA; QUELUCI, 2014; SZKILADZ et al., 2013; TAVARES et al., 2016; VALENTE et al., 2019.</p>			
<p>Informações quanto aos efeitos colaterais dos medicamentos</p>	<p>Conteúdo:</p> <p>- orientar para que sejam monitorados os seguintes efeitos colaterais dos medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • presença de câibras e sua frequência, que pode ocorrer devido ao baixo teor de potássio; • presença de náuseas, vômitos ou diarreia; • presença de hematomas ou equimoses na pele e ocorrência de sangramento na gengiva, urina e fezes; • presença de tosse e se a mesma se mantém durante a noite; • variabilidade da pressão arterial; • variabilidade da glicemia (para pessoas com diabetes); alguns medicamentos podem mascarar sintomas de queda da glicemia; • variabilidade da frequência cardíaca; • ocorrência de tontura; • ocorrência de cansaço ou intolerância ao exercício; pode levar algumas semanas para o coração se ajustar aos medicamentos, mas os sintomas melhoram com o tempo; • ocorrência de falta de ar (em pessoas com doenças respiratórias 	<p>- orientação verbal.</p>		<p>Médicos Farmacêuticos</p>

	<p>crônicas);</p> <ul style="list-style-type: none"> • ocorrência de problemas com a ereção; • sinais de desidratação: cansaço, urina escura, menos urina do que o esperado, boca seca, mais sede do que o habitual ou prisão de ventre; • ocorrência de dores de cabeça que podem ser causados pelo uso de alguns medicamentos; questionar ao médico quanto à possibilidade de utilizar analgésicos. <p>- orientar quanto à procura de um profissional e/ou serviço de saúde caso os efeitos colaterais sejam persistentes;</p> <p>- orientar que a pessoa com IC e familiares questionem ao médico ou ao enfermeiro do serviço de saúde sobre o nível de potássio encontrado em exames de sangue e entender se o nível está adequado ou se é necessário limitar ou repor esse mineral;</p> <p>- orientar que a pessoa com IC e familiares questionem ao médico ou ao enfermeiro do serviço de saúde sobre a função renal e entender o que deve ser feito para solucionar, em caso de comprometimento.</p> <p>Suporte para o profissional:</p> <p>O entendimento da pessoa com IC e familiares acerca dos possíveis efeitos adversos das medicações é importante para o manejo da terapêutica, uma vez que colabora na identificação das situações que devem ser comunicadas ao médico ou farmacêutico.</p> <p>Referências: CLEVELAND CLINIC, 2019; NEW YORK-PRESBITERIAN HOSPITAL, 2019; VALENTE et al., 2019; WOODS, 2017.</p>			
<p>Informações quanto à</p>	<p>Conteúdo:</p> <p>- orientar quanto existência de um serviço de anticoagulação, caso faça uso</p>	<p>- orientação verbal.</p>	<p>- prescrição médica.</p>	<p>Médicos Farmacêuticos</p>

reconciliação medicamentosa	<p>de varfarina (Marevan®) ou outro anticoagulante; será necessário realizar exames de sangue com certa frequência para que o profissional possa se certificar da dosagem correta do medicamento;</p> <ul style="list-style-type: none"> - orientar que a pessoa evite a automedicação; não tomar outros medicamentos ou ervas sem questionar ao médico; - orientar que a pessoa não faça uso de sildenafil, vardenafil, tadalafil ou qualquer erva para manter a atividade sexual sem antes conversar com o médico; - orientar que seja observada com atenção a presença de sinais/sintomas, procurando o serviço de saúde conforme orientado anteriormente e que os medicamentos sejam tomados conforme a receita médica. <p>Suporte para o profissional:</p> <p>A reconciliação medicamentosa deve ser esclarecida e referenciada para outros serviços, uma vez que a polifarmácia é comum entre as pessoas com IC.</p> <p>Referências: BORGES, 2017; HOOVER; PLAMANN; BECKEL, 2017; MOUNT SINAI, 2018; REZENDE et al., 2019.</p>			
-----------------------------	---	--	--	--

TRATAMENTO NÃO-FARMACOLÓGICO

Tema	Conteúdo e Suporte	Forma	Recursos	Responsável
Informações quanto à ingestão de líquidos	<p>Conteúdo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - orientar para que seja obedecida a quantidade de líquidos a ser ingerida nas 24 horas (de acordo com o critério médico) – <i>prescrição anexa</i>; - orientar que alguns alimentos são considerados líquidos, incluindo pudim, 	<ul style="list-style-type: none"> - orientação verbal; - orientação escrita. 	<ul style="list-style-type: none"> - impresso profissional. 	<ul style="list-style-type: none"> Enfermeiros Médicos Nutricionistas Farmacêuticos

	<p>gelatina, sopas (grossas ou finas), picolés e sorvete;</p> <ul style="list-style-type: none"> - orientar que seja feito o manejo do excesso de líquido, caso perceba que houve aumento no peso e/ou sinta falta de ar, reduza a quantidade de sódio ou de líquidos por dois dias; - orientar quanto à utilização de copo com marcação em mililitros (mL) para controlar a quantidade de líquidos ingeridos, caso seja necessário. <p>Suporte para os profissionais:</p> <p>A restrição de líquidos é crucial para manter o corpo sem excesso de fluidos e, por consequência, evitar a descompensação da IC.</p> <p>Referências: CLEVELAND CLINIC, 2019; SOUZA; QUELUCI, 2014; YU et al., 2016.</p>			
<p>Informações quanto à alimentação</p>	<p>Conteúdo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - orientar que deve ser seguida a dieta, conforme plano nutricional determinado para as suas condições clínicas – <i>plano nutricional em anexo</i>; - explicar o que ocorre quando o sódio está em excesso no corpo; - orientar quanto ao limite de consumo de sódio e à importância de fazer as adequações necessárias na dieta; - orientar que é importante ler rótulos dos alimentos, com atenção à dieta; - orientar para que sejam evitados alimentos industrializados, “comidas rápidas”, molhos e outros alimentos que contêm muito sódio, como sopas prontas, enlatados, salgadinhos, embutidos, pizzas, hambúrgueres, macarrão instantâneo, molho de soja, picles etc.; - orientar para que sejam utilizados temperos naturais para o preparo das 	<ul style="list-style-type: none"> - orientação verbal; - orientação escrita. 	<ul style="list-style-type: none"> - impresso profissional. 	<p>Enfermeiros Médicos Nutricionistas</p>

	<p>refeições, abandonando o consumo de temperos prontos, que contém muito sódio;</p> <ul style="list-style-type: none"> - orientar para que, caso possível, seja realizado o plantio dos temperos de preferência em horta caseira para facilitar o consumo; - orientar para que não seja adicionado sal na comida após o preparo e que seja retirado o saleiro da mesa; - orientar que a pessoa com IC tenha contato frequente com nutricionista para que sejam feitas as adequações necessárias na dieta, em caso de nível inadequado de potássio no sangue; - orientar para que a pessoa se alimente com pequenas porções em cada horário, várias vezes durante o dia, pois pode ajudar na digestão e evitar a plenitude gástrica após a refeição (o mesmo se aplica para a ingestão de líquidos); - orientar para que a pessoa evite permanecer muito tempo sem se alimentar, para que não exagere na próxima refeição; - orientar que a refeição da noite (jantar) aconteça algum tempo antes de deitar, para que não haja incômodo no período da noite; - orientar para que a pessoa diminua o consumo de cafeína. <p>Suporte para o profissional:</p> <p>O sódio, se estiver em excesso no corpo, pode aumentar a retenção de líquido extra, podendo aumentar a pressão arterial e exigir aumento da força de bombeamento do coração.</p> <p>Importante entender que “sal” e “sódio” não são a mesma coisa; o sal é</p>			
--	---	--	--	--

	<p>uma mistura de sódio com outra substância. O sal em excesso, por si só, é prejudicial à saúde, mas muitos alimentos que não têm sabor salgado ou que você não adiciona sal pode conter muito sódio.</p> <p>Os rótulos dos alimentos devem ser lidos com atenção, pois o potássio pode ser usado como conservante ou como substituto do sal.</p> <p>Referências: CLEVELAND CLINIC, 2019; HAMADA et al., 2018; MOUNT SINAI, 2018; NEW YORK-PRESBITERIAN HOSPITAL, 2019.</p>			
<p>Informações quanto ao abandono do tabagismo e redução do consumo de bebidas alcoólicas</p>	<p>Conteúdo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - orientar sobre a importância de abandonar o hábito de fumar; - orientar que a pessoa evite o “fumo passivo”, ou seja, evite ficar próximo de pessoas que estiverem fumando e solicite que as pessoas não fumem em casa; - orientar que, caso seja necessário, a pessoa pode solicitar auxílio para parar de fumar; - orientar sobre a importância de abandonar o hábito de consumir bebidas alcoólicas, pois qualquer quantidade de álcool pode levar a descompensação do coração e comprometer a ação dos medicamentos. - encaminhar para buscar suporte no serviço de saúde próximo à residência para o controle do tabagismo. <p>Suporte para o profissional:</p> <p>As bebidas alcoólicas e o fumo alteram a pressão arterial, consequentemente o bombeamento do coração, o que agrava a doença. Ademais, as bebidas alcoólicas interferem na ação dos medicamentos.</p> <p>Referências: HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS, 2013; MOUNT SINAI, 2018; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2018; SOUZA; QUELUCI,</p>	<ul style="list-style-type: none"> - orientação verbal; - orientação escrita. 	<ul style="list-style-type: none"> - impresso profissional; - encaminhamento para grupos de tabagismo e/ou etilismo. 	<p>Enfermeiros Médicos Nutricionistas Farmacêuticos</p>

	2014; YU et al., 2016.			
Informações quanto aos cuidados para prevenção de outros agravos	<p>Conteúdo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - orientar quanto à necessidade de buscar o serviço de saúde para verificar a carteira de vacinação e vacinar contra pneumonia e gripe, além de outras conforme a necessidade; - orientar quanto à procura do serviço de saúde para avaliação e acompanhamento da saúde bucal; - orientar quanto à importância de controlar a pressão arterial em casa ou no serviço de saúde; - ensinar a automedida da pressão arterial; - orientar quanto à importância de controlar a glicemia em casa ou no serviço de saúde. <p>Suporte para o profissional:</p> <p>As medidas de prevenção de outros agravos devem ser ressaltadas para evitar a descompensação da insuficiência cardíaca.</p> <p>Referências: INC, 2018; MOUNT SINAI, 2018; SOUZA; QUELUCI, 2014; UW MEDICINE, 2019.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - orientação verbal; - orientação prática da medida da pressão arterial. 	<ul style="list-style-type: none"> - impresso profissional; - aparelho de pressão automático; - encaminhamento para avaliação da saúde bucal; - encaminhamento para vacinação. 	<p>Enfermeiros</p> <p>Médicos</p> <p>Nutricionistas</p> <p>Farmacêuticos</p>

EXERCÍCIOS/ATIVIDADE FÍSICA

Tema	Conteúdo e Suporte	Forma	Recursos	Responsável
Informações quanto à realização de exercícios /	<p>Conteúdo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - orientar quanto aos exercícios respiratórios, incentivando para que possa agir com disciplina e motivação; - orientar que a pessoa participe de caminhadas e outros exercícios físicos, sob 	<ul style="list-style-type: none"> - orientação verbal; - orientação 	<ul style="list-style-type: none"> - impresso profissional; - Respirom®. 	<p>Médicos</p> <p>Fisioterapeutas</p>

atividades físicas	<p>supervisão de um profissional;</p> <ul style="list-style-type: none"> - orientar que, sempre que for necessário, a pessoa deverá conversar com o médico ou fisioterapeuta sobre a rotina de exercícios, pois, em alguns momentos, pode ser necessário evitar certos exercícios ou ter outras restrições; - orientar que a pessoa busque o(s) centro(s) de reabilitação cardíaca para triagem, avaliação e possível acompanhamento; - orientar que a pessoa procure academias ao ar livre, se já estiver liberado para a realização de atividades e caso seja mais viável financeiramente. <p>Suporte para o profissional:</p> <p>As atividades físicas promovem a melhoria das capacidades ventilatória e circulatória, nos funcionamentos gastrointestinal e urinário, além de melhorar o humor e a qualidade do sono e promover a perda de peso.</p> <p>Referências: CLEVELAND CLINIC, 2019; NEW YORK-PRESBITERIAN HOSPITAL, 2019; SUNA et al., 2015.</p>	escrita.		
--------------------	---	----------	--	--

ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

Tema	Conteúdo e Suporte	Forma	Recursos	Responsável
Informações quanto à realização de atividades	<p>Conteúdo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - orientar que a pessoa retorne aos poucos às tarefas corriqueiras e que deve tentar realizá-las sozinho(a) e só pedir ajuda caso não seja possível; - orientar que a pessoa evite atividades que produzam cansaço; - orientar que a pessoa faça pausas antes, durante e depois das atividades ou mude a maneira de fazê-las, reduzindo-a ou dividindo-as em pequenas tarefas; - orientar quanto à importância de dormir o suficiente no período da noite; 	- orientação verbal.		Enfermeiros Fisioterapeutas Assistentes sociais

	<ul style="list-style-type: none"> - orientar que a pessoa tome atitudes para reduzir o estresse, definindo limites para si mesmo; - orientar que a pessoa organize as atividades de vida diária, de forma a permitir períodos de soneca e repouso; - orientar sobre a importância de descansar o suficiente para colocar também o coração em repouso; - orientar quanto à necessidade de adaptação em casa para facilitar a movimentação, caso seja possível; - orientar que a pessoa evite subir escadas de forma contínua, fazendo pausas conforme a necessidade de descanso. <p>Suporte para o profissional:</p> <p>Geralmente, uma pessoa necessita de 7 a 8 horas de sono por noite, mas o período deve ser seguido de acordo com a necessidade de cada um.</p> <p>Não é necessário atender às demandas e expectativas dos outros. A pessoa deve gerenciar seu tempo, definindo prioridades e expectativas realistas, entendendo que não se pode controlar tudo na vida.</p> <p>A adaptação das atividades de vida diária deve estar de acordo com as condições clínicas da pessoa e do contexto socioeconômico.</p> <p>Referências: CLEVELAND CLINIC, 2019; COCCHIERI et al., 2015; UCSF HEALTH, 2019; UW MEDICINE, 2019.</p>			
<p>Informações em casos de viagens</p>	<p>Conteúdo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - orientar que a pessoa questione sempre o médico ou enfermeiro sobre planos de viagem e certifique-se da quantidade de medicamentos necessária para a duração da viagem ou da possibilidade de adquirir os mesmos no período em 	<ul style="list-style-type: none"> - orientação verbal. 	<ul style="list-style-type: none"> - cartão de identificação e medicações em uso. 	<p>Enfermeiros Fisioterapeutas Médico Assistentes</p>

	<p>que estiver fora da cidade;</p> <ul style="list-style-type: none"> - orientar a pessoa para embalar os medicamentos na bagagem de mão, em casos de viagens de avião; pode ser necessária uma carta do médico sobre os medicamentos, principalmente em viagens internacionais; - orientar que, caso for viajar, a pessoa se certifique que possui o número de telefone ou outro contato do médico, enfermeiro ou outro profissional de saúde de referência. <p>Suporte para o profissional: O tratamento não deve limitar viagens e passeios, no entanto deve-se orientar o planejamento para a continuidade do mesmo.</p> <p>Referências: CLEVELAND CLINIC, 2019.</p>			sociais
--	--	--	--	---------

ATIVIDADE SEXUAL				
Tema	Conteúdo e Suporte	Forma	Recursos	Responsável
<p>Informações quanto à atividade sexual</p>	<p>Conteúdo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - investigar se a atividade sexual se constitui em uma preocupação; - orientar quanto ao retorno à vida sexual, conforme as condições clínicas; - orientar quanto à importância de conversar com o(a) parceiro(a) a respeito da atividade sexual. <p>Suporte para o profissional: A atividade sexual promove melhoria na autoestima e na qualidade de vida. Deve ser estimulada nas pessoas sexualmente ativas.</p> <p>Referências: ABREU E SOUZA et al., 2019; SOCIEDADE BRASILEIRA DE</p>	<p>- orientação verbal.</p>		<p>Enfermeiros Médicos Psicólogos</p>

	CARDIOLOGIA, 2018.			
--	--------------------	--	--	--

RECURSOS EXISTENTES

Tema	Conteúdo e Suporte	Forma	Recursos	Responsável
Informações quanto ao processo de referência-contrarreferência	<p>Conteúdo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - orientar quanto à importância de dar continuidade nos encaminhamentos solicitados na alta; caso seja necessário, procurar o serviço de saúde próximo à residência para esclarecimentos. - orientar quanto às consultas agendadas e a importância de seu comparecimento, sendo a primeira dentro de 14 dias após a alta hospitalar; - orientar que a pessoa esteja munida com cartão de identificação com dados relacionados à doença, medicações em uso e contato telefônico. - referenciar a pessoa com IC e familiares ao serviço e profissional de saúde para o acompanhamento. <p>Suporte para o profissional:</p> <p>Os encaminhamentos para os serviços de contrarreferência devem ser realizados de acordo com as necessidades de cada pessoa e devem ser enfatizados para garantir a continuidade da assistência. O profissional deve fazer um relatório da internação que deve acompanhar a pessoa e entregar ao profissional que fará o acompanhamento sistemático da pessoa.</p> <p>Referências: CLEVELAND CLINIC, 2019; HOOVER et al., 2017; MCALISTER et al., 2016.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - orientação verbal; - orientação escrita. 	<ul style="list-style-type: none"> - encaminhamentos / relatórios; - cartão de identificação. 	Enfermeiros Médicos Fisioterapeutas Nutricionistas Farmacêuticos Psicólogos Assistentes sociais

CUIDADOS PALIATIVOS

Tema	Conteúdo e Suporte	Forma	Recursos	Responsável
Informações quanto aos cuidados paliativos	<p>Conteúdo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - orientar que a pessoa tem o direito participar das tomadas de decisões quanto aos cuidados, com demonstração de suas percepções acerca do tratamento e dos ajustes necessários para adaptar-se a ele; - orientar que a pessoa pode disponibilizar um documento legal, denominado Diretivas Antecipadas, para que familiares, amigos e profissionais de saúde saibam dos seus desejos em relação aos cuidados de saúde; - conversar com os familiares, a fim de que todos estejam cientes das preferências de atendimento médico da pessoa; - referenciar a pessoa com IC e familiares ao serviço e profissional de saúde para acompanhamento. <p>Suporte para o profissional:</p> <p style="padding-left: 20px;">As preferências da pessoa com IC para os cuidados paliativos devem ser respeitadas, com vistas à autonomia e à qualidade de vida.</p> <p>Referências: CLEVELAND CLINIC, 2019; O'DONNELL et al., 2018; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2018.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - orientação verbal; - orientação escrita. 	- relatório sobre a condição de paliatividade.	Enfermeiros Médicos Fisioterapeutas Nutricionistas Farmacêuticos Psicólogos Assistentes sociais

DIREITOS DA PESSOA COM IC E FAMILIARES

Tema	Conteúdo e Suporte	Forma	Recursos	Responsável
Informações quanto aos direitos de compreender	<p>Conteúdo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - orientar que a pessoa tem o direito de saber sobre o prognóstico; conforme cada caso, saber informações sobre cuidados paliativos; 	<ul style="list-style-type: none"> - orientação verbal; - orientação 	- impresso profissional.	Enfermeiros Médicos Fisioterapeutas Nutricionistas

sobre a doença	<ul style="list-style-type: none"> - verificar o entendimento do paciente e familiar/cuidador e reforçar as orientações sobre o autocuidado, conforme a necessidade; - orientar que a pessoa tem o direito de ter um cuidador/familiar que o acompanhe em suas atividades e que esteja envolvido no plano de tratamento; - entregar material por escrito com as prescrições e orientações após a alta hospitalar; - certificar-se de que a pessoa e os familiares tenham entendido o conteúdo e, caso seja necessário, fazer a leitura do material em conjunto, esclarecendo as questões que ficarem em dúvida; - orientar que a pessoa e familiares utilizem o material recebido para leituras; - orientar que a pessoa e familiares procurem o serviço de saúde para esclarecimentos, caso haja dúvidas. <p>Suporte para o profissional:</p> <p>A valorização da cidadania da pessoa com IC e familiares envolve o esclarecimento dos direitos e das informações de acesso a esses.</p> <p>Referências: NEW YORK-PRESBITERIAN HOSPITAL, 2019; YU et al., 2016.</p>	escrita.		Farmacêuticos Psicólogos Assistentes sociais
----------------	--	----------	--	---

<p>Informações quanto ao acesso gratuito às medicações</p>	<p>Conteúdo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - orientar quanto aos medicamentos prescritos que são disponibilizados pelo governo mediante processo assinado pelo médico; explicar o que deve ser feito após a alta, com as orientações para a aquisição do(s) medicamento(s); - orientar quanto à procura do serviço de saúde próximo à residência para adquirir os medicamentos que são disponibilizados pelo governo; - orientar quanto ao acesso às farmácias convencionais, questionando se as mesmas são cadastradas na chamada “Farmácia Popular”; orientar que, em alguns locais, é necessária documentação para a aquisição de medicamentos com baixo custo; - orientar quanto à necessidade de procurar o serviço de saúde próximo à residência para garantia do acesso à receita e à renovação da mesma; - orientar que a pessoa e familiares procurem o serviço de saúde próximo à residência caso haja alguma dúvida quanto ao acesso aos medicamentos. <p>Suporte para o profissional:</p> <p>A valorização da cidadania da pessoa com IC e familiares envolve o esclarecimento dos direitos e das informações de acesso a esses.</p> <p>Referências: ALMEIDA et al., 2019.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - orientação verbal; - orientação escrita. 	<p>- processo para solicitação de medicamentos padronizada na instituição.</p>	<p>Enfermeiros Médicos Assistentes sociais</p>
<p>Informações quanto ao retorno à vida profissional</p>	<p>Conteúdo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - conversar sobre o retorno à vida profissional, com discussão sobre o tipo de trabalho que executa e sobre os possíveis efeitos no problema de coração; explicar que pode ser necessário fazer adaptações para o retorno ao trabalho. <p>Suporte para o profissional:</p> <p>O retorno à vida profissional deve ser valorizado, com vistas à</p>	<ul style="list-style-type: none"> - orientação verbal. 		<p>Enfermeiros Médicos Fisioterapeutas Nutricionistas Farmacêuticos Psicólogos</p>

	<p>autonomia e ao empoderamento da pessoa com IC.</p> <p>Referências: CLEVELAND CLINIC, 2019.</p>			Assistentes sociais
<p>Informações quanto aos benefícios concedidos pelo governo</p>	<p>Conteúdo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - orientar quanto à procura do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) para proceder às questões previdenciárias, incluindo a isenção do imposto de renda na aposentadoria, reforma ou pensão. - orientar quanto à procura da instituição responsável pelo serviço de transportes da cidade para inclusão do paciente e/ou cuidador em programa sobre gratuidade do transporte ao portador de doença crônica, como vale-social, passe-livre e Tratamento Fora do Domicílio-TFD; - orientar quanto à procura de instituições responsáveis por auxílios financeiros, como o Benefício de Prestação Continuada-BPC. - orientar quanto à procura da Defensoria Pública para resolver questões relacionadas à curatela e/ou procuração ou ao óbito do paciente, no que se refere ao registro em cartório, gratuidade do sepultamento e pensão por morte. - orientar quanto à procura do Serviço Social de referência, em casos de internação, para solicitar autorização para permanência do familiar; - orientar quanto à procura da Defensoria Pública para garantir o direito de presença de acompanhante (legislação ou rotina institucional). <p>Suporte para o profissional:</p> <p>A valorização da cidadania da pessoa com IC e familiares envolve o esclarecimento dos direitos e das informações de acesso a esses.</p> <p>Referências: INC, 2018.</p>	- orientação verbal.		<p>Enfermeiros</p> <p>Médicos</p> <p>Fisioterapeutas</p> <p>Nutricionistas</p> <p>Farmacêuticos</p> <p>Psicólogos</p> <p>Assistentes sociais</p>

EMPODERAMENTO PARA AUTONOMIA E AUTOCUIDADO				
Tema	Conteúdo e Suporte	Forma	Recursos	Responsável
Informações para autonomia e autocuidado	<p>Conteúdo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - orientar que a pessoa deve se estimular diariamente para a realização de atividades, seja em casa, na rua, no centro de lazer etc.; - orientar quanto à importância de motivar-se para a procura dos serviços orientados na alta, seja para consultas e exames ou para a aquisição de medicamentos etc.; - orientar quanto à importância de perceber que, quando o tratamento é seguido corretamente, pode-se viver com mais qualidade de vida. <p>Suporte para o profissional:</p> <p>O estímulo para o autocuidado à pessoa com IC e familiares é fundamental para desenvolver a autonomia e o empoderamento.</p> <p>Referências: YU et al., 2015.</p>	- orientação verbal.		Enfermeiros Médicos Fisioterapeutas Nutricionistas Farmacêuticos Psicólogos Assistentes sociais