

DESENVOLVIMENTO DE UM PROTOCOLO DE ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL PARA UM AMBULATÓRIO DE CARDIOPATIA ISQUÊMICA

THE DEVELOPMENT OF A MULTIPROFESSIONAL CARE PROTOCOL FOR AN ISCHEMIC HEART DISEASE OUTPATIENT

Heloíse Benvenuti¹ , Jordana Silva dos Santos¹ , Emily Justiniano¹ ,
Paloma de Borba Schneiders¹ , Stefannie Brehm Mendes¹ ,
Claudia Severgnini Eugenio¹ , Fernanda Cecilia dos Santos¹ ,
Simoni Chiarelli da Silva Pokorski¹ , Oellen Stuaní Franzosi¹ ,
Cecilia Helena Glanzner¹ 

RESUMO

Introdução: As doenças crônicas não transmissíveis, incluindo as doenças cardiovasculares, são responsáveis por 70% das mortes no mundo. A educação em saúde pode melhorar o conhecimento da doença, desenvolver habilidades e capacidades para o autocuidado, melhorar a adesão farmacológica e não farmacológica, a qualidade de vida e, conseqüentemente, reduzir as reinternações hospitalares. Na atenção a cardiopatas, uma equipe interdisciplinar que atue alinhando e otimizando condutas é considerada padrão-ouro. O desenvolvimento de protocolos assistenciais traz a oportunidade de viabilizar a qualificação dos cuidados prestados e assegurar efetividade para a tomada de decisão.

Métodos: Utilizou-se uma adaptação do método ADDIE para o desenvolvimento de um protocolo de atendimento multiprofissional para um ambulatório de cardiopatia isquêmica.

Resultados: Foi desenvolvido um protocolo composto por 13 tópicos: uma questão subjetiva para descrição do período pós-alta; medicamentos em uso; escala de autocuidado para angina crônica; instrumento para medida de adesão aos tratamentos; avaliação de risco nutricional; avaliação de risco de sarcopenia; análise do apetite; dados sobre qualidade da dieta; capacidade funcional; realização de exercício físico; questionário internacional de atividade física; estratificação de risco para realização de exercícios não supervisionados; e dados objetivos.

Conclusão: A elaboração do protocolo de atendimento permitiu sistematizar a condução de uma consulta compartilhada para planejamento e construção de um cuidado integral ao paciente, evidenciando a importância da atuação interdisciplinar.

Palavras-chave: *Cardiopatia isquêmica; Equipe multiprofissional; Assistência ambulatorial*

Abstract

Introduction: Non-communicable chronic diseases, including cardiovascular diseases, are responsible for 70% of deaths worldwide. Health education can improve knowledge of the disease, develop skills and abilities for self-care, improve pharmacological and non-pharmacological adherence, quality of life and, consequently, reduce hospital readmissions. In the care of cardiac patients, an interdisciplinary team that acts by aligning and optimizing conducts is considered the gold standard. The development of care protocols brings the opportunity to enable the qualification of care provided and ensure effectiveness for decision-making.

Methods: An adaptation of the ADDIE method was used to develop a multidisciplinary care protocol for an ischemic heart disease outpatient clinic.

Clin Biomed Res. 2023;43(3):257-264

¹ Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre, RS, Brasil.

Autor correspondente:

Heloíse Benvenuti
heloise.benvenuti@gmail.com
Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Rua Ramiro Barcelos, 2350
90035-903, Porto Alegre, RS, Brasil.

Results: A protocol composed of thirteen topics was developed: a subjective question to describe the post-discharge period; medications in use; self-care scale for chronic angina; instrument for measuring adherence to treatments; nutritional risk assessment; sarcopenia risk assessment; appetite analysis; data on diet quality; functional capacity; carrying out physical exercise; international physical activity questionnaire; risk stratification for performing unsupervised exercises; and, objective data.

Conclusion: The elaboration of the care protocol made it possible to systematize the conduction of a shared consultation for the planning and construction of comprehensive care for the patient, highlighting the importance of interdisciplinary action.

Keywords: *Myocardial ischemia; Patient care team; Ambulatory care*

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis são responsáveis por 70% das mortes mundiais. Nesse escopo, incluem-se doenças cardiovasculares, tendo como principais causas doença isquêmica coronariana, acidente vascular cerebral e insuficiência cardíaca¹.

A educação em saúde pode melhorar o conhecimento da doença, desenvolver habilidades e capacidades para o autocuidado, melhorar a adesão farmacológica e não farmacológica, qualidade de vida e, conseqüentemente, reduzir reinternações hospitalares. Diferentes estratégias podem ser utilizadas a fim de promover educação em saúde, entre elas as consultas compartilhadas. Constituem-se por atendimentos conduzidos em simultâneo por profissionais de distintas áreas e objetivam construir, de maneira articulada com o paciente, uma proposta de adesão às demandas em saúde, com enfoque biopsicossocial e interdisciplinar². Essa metodologia surge na dimensão da clínica ampliada e permite que os profissionais atuem em conjunto ante a complexidade das problemáticas e dos diagnósticos, expandindo o conhecimento quanto ao sujeito em tratamento^{3,4}.

Na atenção àqueles com cardiopatia, uma equipe multiprofissional que atue alinhando e otimizando suas condutas é considerada padrão-ouro para acompanhamento de pacientes com insuficiência cardíaca e suas comorbidades. Entre os profissionais recomendados para integrar a equipe multiprofissional, estão os médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, farmacêuticos e psicólogos⁵. No que concerne à reabilitação de indivíduos com cardiopatia isquêmica, a educação em saúde busca manejar fatores de risco cardíacos com objetivo de controlar aqueles considerados modificáveis, bem como a recorrência de eventos coronarianos⁶.

Para qualificar o cuidado em saúde, o desenvolvimento de protocolos assistenciais traz a oportunidade de viabilizar a qualificação dos cuidados prestados e assegurar efetividade para a tomada de decisão. Eles devem ser construídos com base em evidências científicas, nas atribuições dos profissionais envolvidos e nas características do público-alvo. Assim, permitem reduzir a variabilidade entre condutas e se prestam

como indicadores dos processos de trabalho e seus resultados⁷. Nesse íterim, também se tornam úteis na assistência compartilhada, que necessita de um direcionamento objetivo para trazer resolutividade às intervenções².

Com esse propósito, entende-se que a elaboração de um protocolo de atendimento pode sistematizar a condução de uma consulta compartilhada multiprofissional para planejamento e construção de um cuidado integral ao paciente. O objetivo do estudo foi descrever a elaboração de um protocolo multiprofissional para uma consulta compartilhada de pacientes com cardiopatia isquêmica, realizada 30 dias após a alta hospitalar.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo metodológico seguindo uma adaptação do método de ADDIE para o desenvolvimento de um protocolo de atendimento multiprofissional para um ambulatório de cardiopatia isquêmica de um hospital de referência do Sul do Brasil. Este método consiste em cinco fases (ADDIE – *Analyze, Design, Develop, Implement e Evaluate*) do plano de design instrucional, que, traduzindo para o português, é descrito como: Análise, Desenho, Desenvolvimento, Implementação e Avaliação. Esta metodologia é amplamente utilizada no cenário da educação e da saúde, por ter um caráter de avaliação contínua de feedbacks para a melhoria do projeto⁸.

O instrumento desenvolvido destina-se a aplicação em consulta multiprofissional, realizada por enfermeiros, fisioterapeutas e nutricionistas, em um ambulatório de cardiopatia isquêmica de um hospital de referência. Estas consultas destinam-se ao período pós-alta hospitalar de pacientes que foram internados por evento cardíaco isquêmico, em até 30 dias após a alta.

Neste trabalho, a primeira etapa do modelo consistiu na fase de Análise. Foram elencadas fragilidades e potencialidades das consultas, além da verificação dos principais acometimentos clínicos, funcionais e nutricionais evidenciados pela literatura para pacientes com cardiopatia isquêmica.

Na segunda etapa, o Desenho, foram selecionados instrumentos e ferramentas já traduzidos e validados para língua portuguesa e também instrumentos que foram adaptados em pesquisas para esse perfil de paciente. Desse modo, conhecendo o público-alvo, foi necessário estipular a extensão e a abrangência das informações que seriam contempladas, com o objetivo de responder dúvidas específicas e pertinentes referentes ao agravo. Para a definição do Desenho, foram levados em consideração os instrumentos de avaliação sugeridos por cada núcleo profissional que compõe este ambulatório, bem como o tempo disponível para a consulta, que é de 30 minutos. Esta etapa foi desenvolvida pelas residentes responsáveis pelas consultas realizadas no ambulatório de cardiopatia isquêmica, sob responsabilidade do programa de Residência Multiprofissional em Atenção Cardiovascular do hospital, visto o contexto de necessidade de organização e padronização das consultas para melhor atendimento ao paciente.

No Desenvolvimento, foram reunidas todas as informações relevantes e necessárias para a avaliação dos profissionais que compõem o ambulatório: enfermeiros, fisioterapeutas e nutricionistas. Após uma discussão multiprofissional, os tópicos elencados foram agrupados de acordo com semelhança e divididos conforme os momentos da consulta: subjetivo, objetivo, impressões e condutas.

Durante a implementação, foi realizada uma capacitação para padronizar a execução da consulta, tendo como base o protocolo criado. Neste treinamento, foram incluídos os residentes do programa e os preceptores que compõem o ambulatório. Após, foram realizadas consultas utilizando o protocolo para verificar sua usabilidade na rotina do ambulatório.

A avaliação inicial do protocolo de atendimento para verificar a usabilidade, adequação conforme a literatura e assertividade foi realizada por um grupo multiprofissional, incluindo cardiologistas, enfermeiros, fisioterapeutas e nutricionistas com experiência na área de cardiopatia isquêmica, e que atuam em ambulatórios desta mesma área. Nota-se que este foi um processo contínuo no desenvolvimento deste protocolo, visto que a avaliação se deu de forma constante ao longo de todas as etapas anteriormente descritas, sendo necessário um tempo total de três meses para atingir a versão final do protocolo.

RESULTADOS

O protocolo é composto por 13 tópicos, sendo eles: uma questão subjetiva para que o paciente descreva seu período pós-alta; uma questão sobre os medicamentos em uso; escala de autocuidado para angina crônica; instrumento para medida

de adesão aos tratamentos (MAT); avaliação de risco nutricional; avaliação de risco de sarcopenia; análise do apetite; dados sobre qualidade da dieta; capacidade funcional; realização de exercício físico; questionário internacional de atividade física (IPAQ); estratificação de risco para realização de exercícios não supervisionados; e dados objetivos.

Inicia-se a consulta com uma pergunta aberta ao paciente, questionando como foi o período entre a alta hospitalar e o momento da consulta. Neste momento, os pacientes ficam livres para falar sobre sintomas, mudanças realizadas no estilo de vida e adesão às orientações de alta. Em caso de surgimento de tópicos de interesse, os profissionais avaliam e aprofundam as falas para coleta de informações. Em sequência, são abordados os medicamentos em uso pelo paciente e descritos todos os fármacos e sua posologia, sendo realizada uma conferência com a receita de medicamentos fornecida na última consulta médica. Questiona-se sobre a necessidade de auxílio para organização e administração, capacidade de aquisição dos medicamentos e recebimento destes pelo Sistema Único de Saúde, além de dúvidas, dificuldades e esquecimentos.

A segunda etapa aborda a Escala de Autocuidado para Angina Crônica, que possui uma classificação do tipo Likert com variação de 1 a 4 para obtenção da pontuação, sendo: 1: nunca ou raramente; 2: às vezes; 3: frequentemente; e 4: sempre ou diariamente. É considerado o automanejo dos pacientes quanto a esse agravo, sendo dividido nos seguintes aspectos: manutenção da angina crônica, manejo do autocuidado e autoconfiança quando da tomada de decisão⁹.

A terceira etapa do protocolo é composta pelo instrumento para medida de adesão aos tratamentos. Para a padronização e preenchimento, as respostas são obtidas por meio de uma escala ordinal de seis pontos, sendo: 1: sempre; 2: quase sempre; 3: com frequência; 4: algumas vezes; 5: raramente; e 6: nunca¹⁰.

A quarta etapa é composta pela triagem de risco nutricional. É considerado o Índice de Massa Corporal (IMC) do paciente, a fim de verificar se o valor é menor do que 20,5 kg/m². Verifica-se a existência de perda de peso nos últimos três meses e se houve redução da ingestão na última semana. Considera-se risco nutricional a presença de ao menos uma das três questões supracitadas. Se houver risco nutricional, é realizada a avaliação de risco de sarcopenia e avaliação do apetite. Para a padronização e preenchimento, o risco de sarcopenia também possui uma escala do tipo Likert com variação de 0 a 2 pontos¹¹. Do mesmo modo ocorre para a avaliação de apetite, em que a escala do tipo Likert contempla pontuação de 0 a 5 para diferentes classificações contempladas em quatro

perguntas¹². Ainda, nesta etapa, é avaliada a qualidade da dieta do paciente, com a utilização de cinco pontos principais: consumo de temperos industrializados; de produtos ultraprocessados; de óleos e gorduras; adição de sal e açúcar às preparações; e ingestão de frutas e verduras.

A sexta etapa é composta pela avaliação da capacidade funcional. A escala DASI avalia 12 situações de atividades possivelmente realizadas no cotidiano dos pacientes. Cada item possui uma pontuação correspondente aos METS (equivalentes metabólicos) gastos para tal. As atividades realizadas pelo paciente são pontuadas com o MET respectivo, e as atividades não realizadas recebem pontuação zero¹³. Com base na pontuação final, é possível realizar um cálculo para predição do VO_2 máximo, através da fórmula: $0,43 \times \text{pontuação DASI} + 9,6$ ¹⁴.

A sétima etapa é composta por perguntas abertas para a avaliação sobre prática de exercício físico. Neste momento, o paciente é questionado sobre a realização de exercícios físicos, com descrição de tipo de exercício, frequência, autopercepção de esforço, e presença de sintomas durante o exercício.

A oitava etapa é composta pelo instrumento IPAQ versão curta. Na aplicação deste instrumento, são realizados os questionamentos e descrita a periodização das atividades descritas ao longo da semana do paciente. Com as atividades avaliadas, classifica-se os pacientes entre quatro níveis, de acordo com suas atividades diárias: Muito ativo; Ativo; Insuficientemente ativo; e Sedentário¹⁵.

Na Tabela 1, são apresentados os instrumentos aplicados e seus respectivos pontos de corte, bem como as referências pertencentes a cada um.

Tabela 1: Pontos de corte dos instrumentos utilizados no protocolo.

Instrumento	Ponto de corte	Referência
Escala de autocuidado para angina crônica	Não foram encontrados pontos de corte estabelecidos pela literatura	Pokorski e Silva (2013)
Instrumento para medida de adesão aos tratamentos (MAT)	Aderente: 5-6 pontos Não aderente: ≤ 4 pontos	Carvalho et al. (2010)
Strength, assisting with walking, rising from a chair, climbing stairs, and falling and calf circumference (SARC-F+CC)	Sem sinais sugestivos de sarcopenia: 0-10 pontos Sinais sugestivos de sarcopenia: 11-20 pontos	Barbosa-Silva et al. (2016)
Simplified Nutritional Appetite Questionnaire (SNAQ)	Risco de perda de peso: ≤ 14 pontos	Zukeran et al. (2020)
Duke Activity Status Index (DASI)	Condição funcional através da predição do VO_2 e gasto energético em METS	Coutinho-Myrrha, et al. (2014)
Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ)	Muito ativo Ativo Insuficientemente ativo Sedentário	Matsudo et al. (2012)
Estratificação de risco	Alto Médio Baixo	Elaborado pelos autores

Fonte: Elaborado pelos autores.

A nona etapa é composta pela estratificação de risco para a reabilitação cardiovascular. Esta estratificação foi desenvolvida por meio da adaptação da Diretriz Brasileira de Reabilitação Cardiovascular de 2020¹⁶ e Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST de 2021¹⁷, realizada por consenso de profissionais envolvidos no ambulatório de cardiopatia isquêmica.

Na décima etapa, é realizada a coleta de dados objetivos do paciente, que contempla variáveis

relacionadas ao exame físico, antropometria e funcionalidade e força (Figura 1).

Ao final destas etapas, os profissionais analisam os achados subjetivos, objetivos e as pontuações obtidas pelos instrumentos aplicados. Com isso, são elaboradas impressões diagnósticas que, em conjunto com as percepções e necessidades do paciente, fundamentam a construção de seu plano terapêutico individual. A Figura 2 traz a sequência de coleta de dados realizada durante a consulta compartilhada.

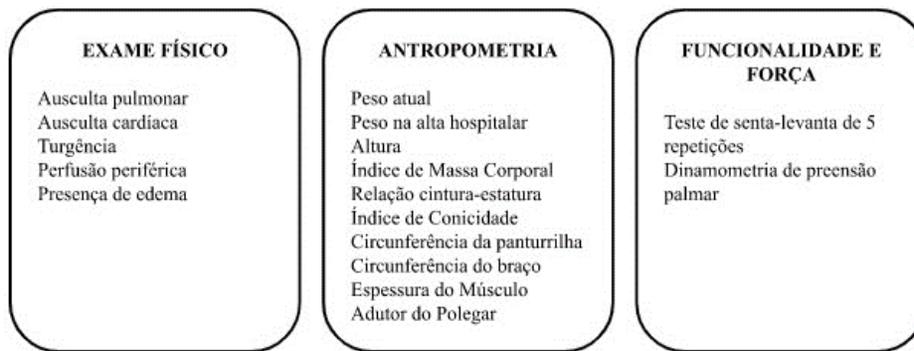


Figura 1: Dados objetivos coletados. Fonte: elaborado pelos autores.

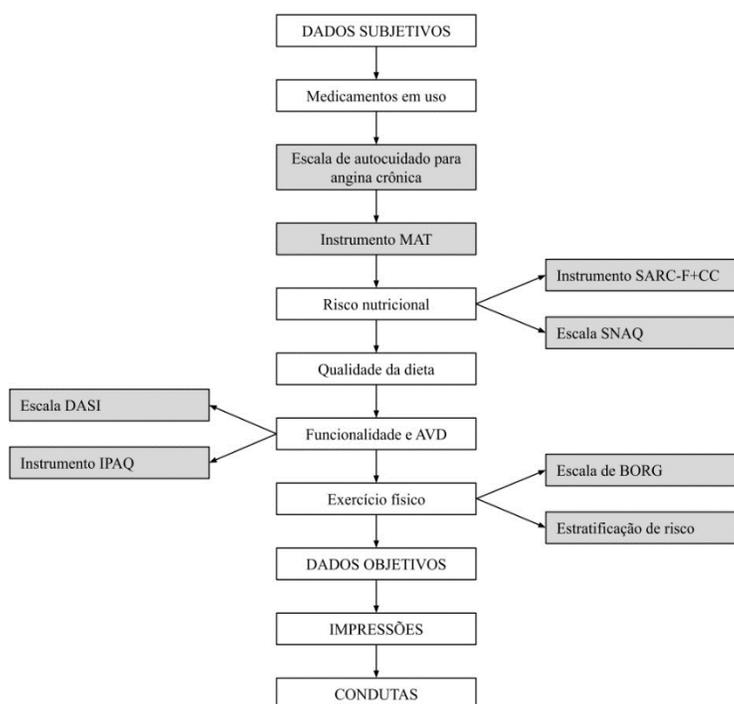


Figura 2: Fluxo do protocolo de atendimento multiprofissional. AVD: Atividade de vida diária; DASI: Duke Activity Status Index; IPAQ: Questionário Internacional de Atividade Física; MAT: Instrumento para medida de adesão aos tratamentos; SARC-F+CC: Strength, assisting with walking, rising from a chair, climbing stairs and falling, and calf circumference; SNAQ: The Simplified Nutritional Appetite Questionnaire. Fonte: Elaborado pelos autores.

DISCUSSÃO

A utilização de protocolos durante as consultas multiprofissionais para pacientes com cardiopatia isquêmica é necessária, visto que a padronização e a documentação desses dados auxiliam na monitorização e acompanhamento destes pacientes. Diante disso, foi realizada a construção de um protocolo composto por 13 tópicos, com escalas e instrumentos validados para a utilização durante as

consultas ambulatoriais multiprofissionais. Vale ressaltar que, durante a construção do protocolo, foram realizadas discussões e avaliações para a escolha dos instrumentos, visando a melhor satisfação, controle e monitorização que se enquadrassem no perfil dos pacientes atendidos neste ambulatório, como proposto pela metodologia ADDIE.

Sabe-se que a polifarmácia é uma característica do paciente com cardiopatia isquêmica. Durante as consultas em ambulatório, é necessário que sejam

avaliados o controle das medicações em uso pelo paciente e a conferência com a prescrição médica. Prevenção de erros, controle de doses e esclarecimento de dúvidas são algumas das atribuições que devem ser realizadas com todo o paciente com polifarmácia¹⁸. A utilização de um instrumento como o MAT, que avalia a adesão ao tratamento, contribui para a eficácia do tratamento, visto que é capaz de averiguar se o paciente utiliza as medicações de acordo com a posologia prescrita¹⁹. Para o paciente com cardiopatia isquêmica, a utilização deste instrumento pode ser considerada como um fator protetor, visto que identifica erros precocemente, evitando complicações e hospitalizações por má adesão medicamentosa.

Em conjunto com a adesão medicamentosa, a capacidade e o entendimento de autocuidado é um fator fundamental a ser avaliado neste perfil de paciente. A escala de autocuidado para angina crônica é um instrumento construído e validado, composto por dez itens que avaliam o nível de autocuidado do paciente em relação a sua condição clínica. Ela é utilizada pelos profissionais para identificar as fragilidades do paciente e elencar estratégias para desenvolver o processo de educação em saúde⁹. Sua utilização em nível ambulatorial é adequada, visto que, durante a realização das consultas, o paciente pode sanar suas dúvidas e entender maneiras de promover a melhora neste item. Entretanto, para além disso, deve-se avaliar também as habilidades dos pacientes para sua plena realização, uma vez que estas ações podem promover uma melhora exponencial no quadro clínico do sujeito em tratamento⁹.

Por meio de indicadores antropométricos, é possível acompanhar as mudanças de composição corporal do momento da alta até a consulta de retorno ambulatorial. Um dos parâmetros utilizados é o IMC, que classifica o estado nutricional dos indivíduos com pontos de corte que se distinguem entre adultos²⁰ e idosos²¹. Sabe-se que o excesso de peso está ligado ao aumento no risco cardiovascular devido às alterações em mediadores pró-inflamatórios, provocado pelo aumento da adiposidade, o que pode levar à formação de placas ateroscleróticas²². Além disso, o avanço da idade traz consigo modificações corporais e fisiológicas como a redução da massa muscular e o aumento da gordura corporal total com prevalência central, abdominal e visceral²³. Outro ponto de atenção é a identificação do risco nutricional, com objetivo de realizar intervenção precoce na sua presença. Nesse ambulatório, esta avaliação baseou-se na primeira parte do instrumento de triagem nutricional Nutritional Risk Screening-2002 (NRS-2002), que considera valores de IMC abaixo de 20,5 kg/m² e verifica histórico de perda de peso nos últimos três meses e de redução da ingestão na última semana²⁴. Foi considerado como risco nutricional pelo menos uma resposta afirmativa para

qualquer uma das questões. Na existência de risco, são aplicadas as escalas Simple Questionnaire to Rapidly Diagnose Sarcopenia com circunferência da panturrilha (SARC-Calf)¹¹ e The Simplified Nutritional Appetite Questionnaire (SNAQ)¹², que avaliam, respectivamente, o risco de desenvolver sarcopenia e o de perda de peso em função do declínio do apetite. Nesse cenário, as condutas nutricionais são baseadas, também, nesses instrumentos e podem ser consideradas a prescrição de suplementos nutricionais e orientações dietéticas a fim de otimizar a oferta calórico-proteica, bem como estratégias que facilitem a ingestão alimentar.

Optou-se por avaliar a qualidade da dieta destes indivíduos com base nas recomendações do *Guia Alimentar para a População Brasileira*²⁵. Foram elencadas cinco questões em que são exploradas, de forma qualitativa, a relação do paciente com o consumo de grupos alimentares elencados, buscando entender, caso presente, a frequência de ingestão e porções habituais. Desse modo, é possível orientar e propor mudanças quanto ao grau de processamento dos alimentos, consumo de frutas e verduras, uso de óleos e gorduras dietéticas, além da utilização de sal, açúcar e temperos industrializados em preparações culinárias.

A capacidade funcional é a habilidade que o indivíduo possui para cuidar de si mesmo e para realizar suas atividades de vida diária de forma independente. Optou-se pela utilização da escala DASI para avaliação da capacidade funcional por tratar-se de uma avaliação de atividades diárias com classificação em METs que pode ser utilizada para pacientes com cardiopatia isquêmica¹³. A DASI possui uma variação de 0 a 58,2 pontos, e, quanto maior a pontuação, maior a capacidade funcional do paciente. Entende-se que este dado possui uma ampla utilização na prática clínica, pois auxilia nas decisões clínicas e na reabilitação cardíaca¹³⁻²⁶. A sua avaliação e uso no ambulatório dá-se pela necessidade de o profissional conhecer as potencialidades do paciente e seu grau de independência. Diante do resultado, são pensadas estratégias de orientação e indicação de atividades diárias e exercícios visando a saída do quadro de sedentarismo.

O exercício físico é considerado como toda e qualquer atividade capaz de aumentar a aptidão física, tendo frequências e intensidades predefinidas. A recomendação padrão de realização é de 150 minutos semanais, de acordo com a diretriz brasileira de reabilitação cardiovascular¹⁶. Pacientes com cardiopatia isquêmica podem apresentar limitações para a realização de exercícios físicos, como a baixa capacidade física e a possibilidade de apresentação de angina aos esforços. O IPAQ versão curta é um instrumento construído e validado capaz de verificar o nível de atividade diária do paciente¹⁵. Por meio

do resultado gerado por esta avaliação, podemos classificar o nível de atividade do paciente e traçar condutas adequadas para o caso, visando alcançar a meta estabelecida pela diretriz, bem como a saída do nível de sedentarismo.

Com base nesses dados coletados e na história clínica do paciente, em conjunto com a avaliação da sintomatologia, é possível estratificar o risco deste paciente para a realização de exercícios não supervisionados. A estratificação de risco proposta para este ambulatório engloba as principais recomendações para pacientes isquêmicos propostas pelas diretrizes de cardiopatia isquêmica e de reabilitação cardiovascular, visando a segurança do paciente para realização do treinamento¹⁶⁻¹⁷.

A partir de evidências encontradas na literatura científica, foi possível elaborar um protocolo de atendimento multiprofissional. Nesse sentido,

o protocolo de atendimento permitiu sistematizar a condução de uma consulta compartilhada para planejamento e construção de um cuidado integral ao paciente.

Nota-se a importância de uma equipe atuando de maneira multiprofissional não somente ante as necessidades dos pacientes, mas, também, na busca por soluções para o enfrentamento de barreiras à assistência clínica, como a dificuldade de colocar em prática a continuidade do cuidado, observada através da dificuldade de acesso às redes de saúde e, conseqüentemente, de manutenção do autocuidado. Além disso, ao elencar abordagens primordiais para pacientes com cardiopatia isquêmica, torna-se possível nortear as condutas mais assertivas para cada caso, visando a educação para mudança de estilo de vida e prevenção secundária de doenças cardiovasculares.

REFERÊNCIAS

- Oliveira GMM, Brant LCC, Polanczyk CA, Biolo A, Nascimento BR, Malta DC, et al. Estatística cardiovascular – Brasil 2020. *Arq Bras Cardiol.* 2020;115(3):308-439.
- Lima RD. Consulta compartilhada: numa dimensão biopsicossocial. *Humanidades e Inovação.* 2021;8(55):329-33.
- Campos GWS, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Cienc Saude Colet.* 2007;12(4):849-59.
- Nascimento AG, Cordeiro JC. Núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica: análise do processo de trabalho. *Trab Educ Saude.* 2019;17(2):e0019424.
- Heidenreich PA, Bozkurt B, Aguilar D, Allen LA, Byun JJ, Colvin MM, et al. 2022 AHA/ACC/HFSA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on clinical practice guidelines. *Circulation.* 2022;145(18):e895-1032.
- Précoma DB, Oliveira GMM, Simão AF, Dutra OP, Coelho OR, Izar MCO, et al. Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. *Arq Bras Cardiol.* 2019;113(4):787-891.
- Silva JASV, Hinrichsen SL. Glosas hospitalares e o uso de protocolos assistenciais: revisão integrativa da literatura. *Rev Adm Saude.* 2017;17(66):1-18.
- Branch RM. *Instructional design: the ADDIE approach.* New York: Springer Science+Business Media; 2009.
- Pokorski SCS, Silva ERR. *Tradução, adaptação transcultural e fidedignidade da Self-Care of Chronic Angina Index para o uso no Brasil* [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2013.
- Ferrão A, Carvalho P, Mendes C, Castelo-Branco M. Avaliação dos níveis de adesão ao tratamento numa amostra de doentes com hipertensão arterial. In: Pereira H, Monteiro S, Esgalhado G, Leal I, organizadores. *13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde – Actas.* Lisboa: Edições ISPA; 2020. p. 153-61.
- Barbosa-Silva TG, Menezes AM, Bielemann RM, Malmstrom TK, Gonzalez MC; Grupo de Estudos em Composição Corporal e Nutrição (COCONUT). Enhancing SARC-F: improving sarcopenia screening in the clinical practice. *J Am Med Dir Assoc.* 2016;17(12):1136-41.
- Zukeran MS, Aprahamian I, Vicente BM, Ribeiro SML. Portuguese version of the SNAQ questionnaire: translation and cultural adaptation. *Arq Gastroenterol.* 2020;57(2):178-81.
- Coutinho-Myrrha MA, Dias RC, Fernandes AA, Araújo CG, Hlatky MA, Pereira DG, et al. Duke Activity Status Index em doenças cardiovasculares: validação de tradução em português. *Arq Bras Cardiol.* 2014;102(4):383-90.
- Hlatky MA, Boineau RE, Higginbotham MB, Lee KL, Mark DB, Califf RM, et al. A brief self-administered questionnaire to determine functional capacity (the Duke Activity Status Index). *Am J Cardiol.* 1989;64(10):651-4.
- Matsudo S, Araújo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira LC, et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Rev Bras Ativ Fisica Saude.* 2012;6(2):5-18.
- Carvalho T, Milani M, Ferraz AS, Silveira AD, Herdy AH, Hossri CAC, et al. Diretriz Brasileira de Reabilitação Cardiovascular – 2020. *Arq Bras Cardiol.* 2020;114(5):943-87.
- Nicolau JC, Feitosa Filho GS, Petriz JL, Furtado RHM, Précoma DB, Lemke W, et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre angina instável e infarto agudo do miocárdio sem supradesnível do segmento ST – 2021. *Arq Bras Cardiol.* 2021;117(1):181-264.
- Dias JD, Mekaro KS, Tibes CMS, Zem-Mascarenhas SH. Compreensão de enfermeiros sobre segurança do paciente e erros de medicação. *REME Rev Min Enferm.* 2014;4(18):866-73.

19. Delgado AB, Lima ML. Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicol Saude Doenças*. 2001;2(2):81-100.
20. World Health Organization. *Obesity: preventing and managing the global epidemic – report of a World Health Organization Consultation*. Geneva: WHO; 2000.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
22. Roos CJ, Quax PHA, Jukema JW. Cardiovascular metabolic syndrome: mediators involved in the pathophysiology from obesity to coronary heart disease. *Biomark Med*. 2012;6(1):35-52.
23. Santos RR, Bicalho MAC, Mota P, Oliveira DR, Moraes EN. Obesity in the elderly. *Rev Med Minas Gerais*. 2013;23(1):64-73.
24. Kondrup J. Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. *Clin Nutr*. 2003;22(3):321-36.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia alimentar para população brasileira*. 2a ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.
26. Scotto CJ, Waechter DJ, Rosneck J. Adherence to prescribed exercise and diet regimens two months post-cardiac rehabilitation. *Can J Cardiovasc Nurs*. 2011;21(4):11-7.

Recebido: 09 Mar, 2023

Aceito: 28 Jul, 2023