



**CLINICAL &  
BIOMEDICAL  
RESEARCH**



REVISTA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE E  
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Volume 42, Supl. - outubro 2022



12 a 16  
SET  
2022

Semana  
**CIENTÍFICA**  
do HCPA

**Anais**

## **2246 - TRANSIÇÃO DE CUIDADO EM CARDIOLOGIA**

Cláudia Severgnini Eugênio, Marina Scherer Santos, Tania Maria Massuti, Letícia Orlandin, Emily Justiniano, Simoni Chiarelli da Silva Pokorski, Simone de Souza Fantim

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

**Introdução:** As hospitalizações por doenças cardiovasculares são frequentes e muitas vezes, preveníveis. Estratégias de continuidade do cuidado no pós alta com foco na educação do paciente e planejamento da alta evidenciam um olhar atento para a transição do cuidado. **Objetivos:** Descrever o processo de planejamento de alta e transição de cuidado com pacientes internados por cardiopatia isquêmica e insuficiência cardíaca de um hospital do sul do país. **Descrição do contexto:** Trata-se de implementação do plano de cuidados transversal de pacientes após internação na unidade de cuidados coronarianos. Durante o período hospitalar, os pacientes são acompanhados e recebem orientações de uma equipe multidisciplinar referente aos cuidados relacionados à sua doença. Na internação busca-se conhecer o suporte familiar e social, bem como instituir abordagem educacional e rede de apoio para organização da alta hospitalar com maior segurança. A enfermeira da equipe de cardiologia, realiza uma teleconsulta na primeira semana pós alta e avalia por meio da escala de autocuidado European Heart Failure Self Care Behaviour Scale (EHFScBS), aspectos como o controle de peso, reconhecimento dos sinais e sintomas de descompensação e adesão farmacológica e não farmacológica. A EHFScBS varia de 12 a 60 pontos, pontuações abaixo de 22 pontos referem melhor autocuidado. Na teleconsulta são reforçadas as orientações fornecidas durante a internação. Se necessário outras orientações, realiza-se um nova teleconsulta na semana seguinte ou contato com a unidade básica de saúde do paciente, para que seja realizada uma visita domiciliar para melhor acompanhamento. Além do vínculo com a rede básica, todos os pacientes recebem retorno de consulta no ambulatório da equipe multiprofissional da cardiologia, agendado para o primeiro mês pós alta. Esses pacientes têm o contato telefônico da enfermeira de referência para esclarecimentos e informações sobre sinais de alerta sobre descompensação da doença. **Aplicações da experiência na instituição:** A implementação do programa educativo da transição de cuidados em cardiologia com prioridade na educação do paciente, simplificação no uso das medicações e acompanhamento ambulatorial, tem colaborado na redução de complicações e das reinternações hospitalares em pacientes cardiopatas. **Descritores:** Educação em saúde; Doenças cardiovasculares;