



**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 uma 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;