



**MANUAL DE UTILIZAÇÃO DO
INSTRUMENTO DE COLETA DE
DADOS BPC**

CASE REPORT FORM (CRF)

***FIBRILAÇÃO ATRIAL -
AMBULATORIAL***

São Paulo

2019

**MANUAL DE UTILIZAÇÃO DO
INSTRUMENTO DE COLETA DE
DADOS BPC**

CASE REPORT FORM (CRF)

***FIBRILAÇÃO ATRIAL -
AMBULATORIAL***

São Paulo

2019

SUMÁRIO

CADASTRO DE NOVO PACIENTE FIBRILAÇÃO ATRIAL – AMBULATORIAL	4
SELEÇÃO FIBRILAÇÃO ATRIAL - AMBULATORIAL	6
ELEGIBILIDADE FIBRILAÇÃO ATRIAL – HOSPITALAR	8
HISTÓRICO MÉDICO FIBRILAÇÃO ATRIAL - AMBULATORIAL.....	8
ADMISSÃO FIBRILAÇÃO ATRIAL - AMBULATORIAL	11
FORMULÁRIO DE SEGUIMENTO 30 DIAS – FIBRILAÇÃO ATRIAL AMBULATORIAL	24
FORMULÁRIO DE SEGUIMENTO 6 MESES – FIBRILAÇÃO ATRIAL AMBULATORIAL	26
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29

CADASTRO DE NOVO PACIENTE FIBRILAÇÃO ATRIAL – AMBULATORIAL

DADOS DEMOGRÁFICOS

Nome

Nome completo do paciente.

Data de nascimento

Data de nascimento do paciente, este deve ter idade maior que 18 anos.

- Dia/Mês/Ano (DD/MM/AAAA)

CPF

Número completo do CPF do paciente.

- XXX. XXX. XXX-XX

Número Cartão SUS

Número presente no cartão SUS do paciente.

Nome da Mãe

Nome completo da mãe do paciente.

Raça

Cor da raça que paciente se declara.

- Branco
- Pardo
- Negro
- Amarelo
- Indígena

Sexo

Sexo do paciente.

- Masculino
- Feminino

Número prontuário

Registro do número do prontuário do paciente.

E-mail

Endereço de e-mail do paciente.

CEP

Número do CEP da residência do paciente.

- **XXXXX-XXX**

Endereço

Inserir endereço completo de residência do paciente com nome da rua/avenida, número, complemento (se possuir), e bairro.

Estado

Selecionar o estado de residência do paciente.

Telefone residencial

Inserir número do telefone residencial do paciente.

- **(XX) XXXX-XXXX**

Celular

Inserir número do celular do paciente ou familiar.

- **(XX) XXXXX-XXXX**

Telefone para recado

Inserir um segundo número de telefone fixo ou celular que pertença ao paciente, ou que pertença a alguém que tenha contato com o paciente.

- **(XX) XXXXX-XXXX**

SELEÇÃO FIBRILAÇÃO ATRIAL - AMBULATORIAL

Data inclusão paciente no estudo

Data em que o paciente assinou termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

- Dia/Mês/Ano (DD/MM/AAAA)

CID-10

Código Internacional de Doenças 10º revisão; colocar o respectivo CID do diagnóstico principal, motivo da internação/visita e o que justifica a inclusão do paciente no estudo (insuficiência cardíaca, fibrilação atrial ou síndrome coronariana aguda).

- I-50 Insuficiência Cardíaca
- I-48 Flutter e Fibrilação Atrial
- I-20 Angina Instável
- I-21 Infarto Agudo do Miocárdio
- I-22 Infarto Agudo do Miocárdio Recorrente
- Outros

Se paciente com diagnóstico de FA, qual esquema de acompanhamento?

- Ambulatorial
 - Será considerado para pacientes que foram incluídos no programa durante a visita ambulatorial para acompanhamento de Flutter ou Fibrilação Atrial.
- Internado
 - Será considerado para pacientes que foram incluídos no programa durante período de internação hospitalar com diagnóstico primário de internação como Flutter ou Fibrilação Atrial.

Origem do Paciente

Ponto de partida do paciente. Selecionar o item que se aplica conforme origem do paciente.

- Residência
- Transferido de instituição com plano ou programa de cuidados paliativos/ casa repouso
- Transferido de outro hospital
- Ambulatório da instituição
- Referenciado UBS

- SAMU
- Unidade de Pronto Atendimento (UPA)
- Clínica/consultório médico
- Informação não documentada

Se proveniente de outra instituição de saúde, data da admissão na instituição origem.

Inserir a data que o paciente foi admitido na instituição de origem.

ELEGIBILIDADE FIBRILAÇÃO ATRIAL – HOSPITALAR

- **CrITÉRIOS de Inclusão**

Condições que devem estar presentes para seleção e inclusão do paciente no estudo.

- **CrITÉRIOS de Exclusão**

Características que se presente no paciente impedem a participação dele no estudo.

HISTÓRICO MÉDICO FIBRILAÇÃO ATRIAL - AMBULATORIAL

Histórico Médico

Selecionar todos os itens que se aplicam conforme histórico ou condição atual do paciente. Neste estudo serão elencadas apenas comorbidades que possam influenciar na condição e tratamento cardiológico do paciente. Em casos de relato ou registro de comorbidades não elencadas na CRF, selecione item “outros” não havendo necessidade de especificar qual.

- **Sim**

Selecionar item caso a comorbidade especificada tenha sido registrada em prontuário médico ou relatada pelo paciente.

- **Não**

Selecionar item caso encontre registro em prontuário médico ou relato do paciente negando a presença de determinada comorbidade.

Procedimentos Prévios

Registro em prontuário ou relato do paciente a respeito de procedimentos cirúrgicos que foram realizados no paciente anteriormente a atual visita ambulatorial ou internação hospitalar.

- **Angioplastia Coronária**

Considera-se como angioplastia (ATC) primária quando esta for empregada como primeira opção terapêutica de reperfusão no paciente com IAM, sendo assim, selecionar item se registro em prontuário de Intervenção Coronária Percutânea (ICP)

como medida de revascularização mecânica, através intervenção com cateter pela coronária com implante de *stent*.

- **Cirurgia de Revascularização do Miocárdio**

Método intervencionista onde uma ou mais coronárias ocluídas recebem pontes com enxertos de safena e/ou de mamária, com o objetivo de restabelecer o fluxo sanguíneo para as áreas comprometidas do coração. Tais enxertos são realizados com artérias e veias localizadas no tórax (artéria mamária), nos membros inferiores (veias safenas) ou nos antebraços (artérias radiais).

- **Marcapasso Definitivo**

Trata-se de um pequeno dispositivo eletrônico implantável responsável pela monitorização do ritmo cardíaco e estimulação elétrica do coração, assim, impossibilitando a redução da frequência cardíaca abaixo dos limites desejáveis (geralmente < 50 bpm). A Doença do Nó Sinusal (DNS) consiste na principal indicação para o implante de marcapasso definitivo.

- **Terapia de Ressincronização (TRC)**

Trata-se de uma modalidade da Estimulação Cardíaca Artificial (ECA) que tem o propósito de corrigir disfunções eletromecânicas por meio do implante de dispositivos cardíacos eletrônicos implantáveis (DCEI), o ressincronizador cardíaco (RC), associado ou não ao cardioversor desfibrilador implantável (CDI). O procedimento é invasivo e consiste no implante de um cabo-eletrodo na parede lateral do VE, adicional à técnica convencional utilizada para o marcapasso atrioventricular (átrio e ventrículo direitos).

- **Cardiodesfibrilador Implantável (CDI)**

O cardioversor desfibrilador implantável (CDI) é um aparelho com as mesmas características do desfibrilador externo, porém apresenta algoritmos especiais que lhe dão a capacidade de detectar as taquiarritmias potencialmente letais e responder automaticamente a ela a fim de restabelecer o ritmo sinusal. O gerador é dotado de algoritmo de detecção, sistema de terapia e memória.

- **Prótese Valvar**

A prótese valvar consiste na implantação de uma estrutura biológica ou mecânica responsável pela coordenação do fluxo sanguíneo pelas câmaras cardíacas (mitral, aórtica, tricúspide e pulmonar). Este procedimento é indicado, conforme avaliação médica, na presença de insuficiência ou estenose destas estruturas, acarretando na disfunção cardíaca.

- **Dispositivo de Assistência Ventricular**

O ventrículo artificial é um dispositivo de propulsão pulsátil que serve para auxiliar o coração como suporte ventricular esquerdo, direito e biventricular. As indicações de implante consistem em suporte circulatório em casos de falência ventricular após cirurgia cardíaca com dificuldade em retirada da circulação extracorpórea ou emergências cardíacas clínicas como choque cardiogênico refratário a outras terapias e dispositivos bem como ponte para transplante, contudo evita-se sua indicação em pacientes com contra indicação formal para transplante.

- **Transplante Cardíaco**

Procedimento cardíaco cirúrgico caracterizado pela substituição do coração receptor pelo proveniente de um doador, sendo indicado em pacientes com Insuficiência Cardíaca (IC) avançada ou cardiopatia de estágio terminal, com sintomas refratários e tratamento clínico otimizado. Geralmente os pacientes submetidos a este procedimento apresentam miocardiopatias primárias ou decorrentes da evolução de miocardiopatias isquêmicas, valvulares, congênitas, entre outras.

ADMISSÃO FIBRILAÇÃO ATRIAL - AMBULATORIAL

Data e Hora da Consulta

- Dia/Mês/Ano (DD/MM/AAAA)
- HH – Hora (00-23) e MM – Minutos (00-59)

Grau de escolaridade

Marcar apenas uma das opções indicando, segundo o registro em prontuário ou relato do paciente, o maior grau de escolaridade que o paciente cursou.

Renda familiar

Relato ou registro em prontuário da quantidade mensal de verba recebida pelo paciente, calculado através da soma aproximada entre todas as pessoas que trabalham e moram com o paciente; valor total com base no salário mínimo atual (R\$ 998,00 vigente desde 1º de Janeiro de 2019 - DECRETO Nº 9.661, DE 1º DE JANEIRO 2019).

Hábitos de Vida

- **Tabagismo**

Descrever o relato ou registro de consumo de cigarros ou outros produtos que contenham tabaco. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) consideram-se os seguintes conceitos:

- **Não:** Se o paciente nunca fumou cigarro.
- **Atual:** Consumidor de no mínimo um cigarro diário por período não inferior a 6 meses.
- **Passado:** Se tabagista em algum momento da vida, porém segue em ausência de consumo há mais de 6 meses.

- **Histórico de Consumo de Álcool**

Será considerado neste estudo o relato ou registro de consumo de bebidas alcoólicas, alcoolismo e/ou intoxicação pelo álcool. De acordo com Organização Mundial da Saúde (OMS) o consumo aceitável é de até: 15 doses/semana para

homens e 10 doses/semana para mulheres, considerando que o consumo prejudicial de álcool é acima de 30 gramas diária da substância.

Usar como referência quantas doses conforme abaixo foram consumidas na última semana antes da visita ambulatorial/internação hospitalar:

1 dose cerveja = 1 lata = 350ml

1 dose de chope = 1 copo = 350ml

1 dose de vinho = 1 taça = 150ml

1 dose destilado (uísque, pinga, vodca) = 40 ml

- **Uso de Drogas Ilícitas**

Relato do paciente ou registro em prontuário de consumo de substâncias químicas proibidas por lei.

- **Exercício Físico**

Relato ou registro de prática de atividade física previamente planejada, orientada e proposta para a manutenção ou melhora dos componentes da aptidão física relacionada à saúde (resistência aeróbia, resistência anaeróbia, força muscular e flexibilidade).

Procedimentos Prévios

- **Nenhum**

Não foram realizados procedimentos até o momento da admissão do paciente.

- **Cirurgia para FA (MAZE)**

Registro de realização de procedimento invasivo também conhecido como cirurgia do labirinto, consistindo em uma técnica cirúrgica indicada aos pacientes com FA refratária ao tratamento médico, onde há a realização de múltiplas lesões cirúrgicas através de incisões no átrio esquerdo e direito com o objetivo de isolar e interromper os circuitos de reentrada da FA. As incisões são então suturadas para formação de “cicatrizes”, bloqueando os impulsos elétricos através do átrio, restaurando o ritmo sinusal.

- **Cardioversão Elétrica (CVE)**

Registro em prontuário médico de realização de CVE, isto é, a liberação de um choque elétrico sincronizado com a atividade intrínseca do coração, para evitar a indução de fibrilação ventricular que geralmente ocorre quando o choque incide sobre a

fase ascendente da onda T. O sucesso da reversão para o ritmo sinusal depende da cardiopatia de base e da densidade de corrente elétrica recebida pelo miocárdio atrial ⁽⁵⁾.

- **Ablação**

Paciente submetido a procedimentos através de técnicas percutâneas, incluindo rádio frequência, crioablação e/ou outras técnicas com o objetivo de formar “cicatrizes” pontuais no átrio que bloqueiam os focos elétricos ectópicos do átrio, resultando na restauração do ritmo sinusal.

Tipo de Arritmia Atrial

Fibrilação Atrial

Registro de arritmia atrial ectópica, gerando uma linha de base irregular e uma atividade atrial caótica com ondas P indefiníveis.

Flutter Atrial

Registro de arritmia de origem em focos ectópicos caracterizando-se pela substituição de ondas P por ondas F, nítidas, com sucessão rápida, contínuas, idênticas e em forma de serra.

- **FA Aguda**

Ausência de relato no histórico médico de evento semelhante anteriormente.

- **FA Paroxística**

Registro em prontuário médico deste evento já diagnosticado anteriormente de início e término súbitos em até 7 dias a partir do seu início.

- **FA Permanente/Crônica**

Presença de Fibrilação Atrial no período de 1 ano ou cardioversão elétrica sem eficácia ou não realização de cardioversão elétrica.

- **FA Persistente**

Evento já diagnosticado anteriormente a atual visita ambulatorial com término espontâneo após 7 dias a partir do seu início ou após cardioversão elétrica e/ou farmacológica.

- **Flutter Atípico e Típico**

Diferenciam-se a partir de seus traçados eletrocardiográficos; considerar essas opções apenas na presença de confirmação do diagnóstico registrado em prontuário médico.

- **Não Foi Possível Determinar**

Impossibilidade em determinar o tipo de arritmia atrial a partir do registro em prontuário médico.

Observação

- O diagnóstico dos tipos de arritmia devem ser extraídos do prontuário médico, não sendo permitida a interpretação do ECG presente no prontuário médico em caso de dúvidas.
- Diante da dúvida referente ao tipo de arritmia atrial a partir do registro em prontuário médico, selecione a opção “Não foi possível determinar”.
- Para a determinação do tipo de arritmia atrial a partir do registro em prontuário médico, utilize a classificação mais próxima a atual visita ambulatorial ou mais próxima ao momento da alta hospitalar.

Situações de Riscos

- **INR Lábil**

Registros em prontuário médico que evidenciam dificuldade em manter o INR dentro dos valores de normalidade.

- **Sangramento maior prévio ou pré-disposição para sangramento**

Registro em prontuário médico de quadros hemorrágicos significativos (hemorragia subaracnóideia, intraparenquimatosa, gastrointestinal), anteriores a atual visita ambulatorial ou atual internação e/ou presença de distúrbios de coagulação ou uso de medicações que interfiram na coagulação sanguínea.

Sinais/Sintomas Relacionados à Fibrilação Atrial

Selecionar todos os sinais e sintomas, que se encontram registrados em prontuário médico, no período de sua avaliação inicial.

- **Sem sintomas**

Registro de paciente assintomático conforme prontuário médico.

- **Dispneia em repouso**

Relato de experiência subjetiva de dificuldade respiratória refletindo a avaliação do paciente sobre seu grau de trabalho respiratório relacionado a uma tarefa e/ou a

determinado esforço; podendo ser definido como falta de ar, sufocação, aperto no peito, perda de fôlego, ou respiração curta.

- **Fadiga**

Registro em prontuário médico de sintomas de cansaço ao extremo e/ou falta de energia acarretando na dificuldade durante a realização de atividades cotidianas.

- **Dor torácica**

Relato ou registro de dor no peito nos últimos dias, podendo ser classificada com típica, compreendendo desconforto, queimação ou sensação opressiva localizada na região precordial ou retroestenal, podendo ser irradiada para o ombro e/ou braço esquerdo, direito, pescoço ou mandíbula, acompanhada, na maioria das vezes, de náuseas, vômitos, diaforese ou dispneia; ou atípica caracterizada como pontadas, com piora a inspiração, sendo geralmente localizada e ao repouso.

- **Dispneia aos Esforços Moderados**

Registro em prontuário médico de sintomas de desconforto respiratório durante a realização de atividades cotidianas.

- **Intolerância ao Exercício**

Registro em prontuário médico de diminuição e/ou dificuldade na realização de atividades físicas devido à presença de sintomas como fadiga e dispneia.

- **Palpitação**

Relato ou registro de sensação desagradável de batimentos cardíacos rápidos ou lentos que correspondem a distúrbios efêmeros, paroxísticos ou constantes do ritmo.

- **Tontura/Síncope**

Registro em prontuário médico de ocorrência de quadros com perda súbita de consciência, não relacionada com administração de anestésicos, com recuperação espontânea.

Observação

- Selecionar os sintomas a partir de registros em prontuário médico.
- Selecionar “não documentado” caso não encontre nenhum registro de ausência de sintomas (paciente assintomático), ou a presença de qualquer sintoma.
- Para pacientes com hipótese diagnóstica de Fibrilação Atrial ou Flutter, selecionar os sintomas a partir dos registros em prontuário médico de

avaliação inicial, durante período de internação hospitalar, ou consulta ambulatorial.

Data de Diagnóstico da Arritmia

Data (DD/MM/AAAA) do diagnóstico de arritmia atrial segundo registro em prontuário médico.

Sinais Vitais (durante a consulta)

Registrar os sinais vitais mensurados durante a avaliação inicial do paciente durante a atual internação hospitalar ou na consulta ambulatorial atual; caso não haja registros admissionais, registrar os valores mais próximos à data de admissão hospitalar.

- **Frequência Cardíaca (FC)**

Registrar a FC em batimentos/minuto (bpm). A FC pode ser resultante da realização de ECG ou exame físico desde que estejam registrados em prontuário médico.

- **Pressão Arterial Sistêmica (PAS)**

Registrar pressão arterial em mmHg (Sistólica/Diastólica). Respeitando os valores de casas decimais. Exemplo: PA Sistólica 120mmHg; PA Diastólica: 80 mmHg.

- **Altura**

Registrar altura do paciente, usando o “ponto” para separar a casa decimal. Exemplo: 1.65m

- **Peso**

Registrar o valor do peso do paciente no momento da admissão, ou o mais próximo da data de admissão hospitalar.

- **IMC**

O Índice de Massa Corporal (IMC), segundo recomendação da OMS é utilizado para diagnóstico do estado nutricional de grupos populacionais. É determinado pela divisão do peso pelo quadrado de sua altura. Exemplo: $90 \div 1.75^2\text{m} = 29.38 \text{ Kg/ m}^2$. Realizar cálculo e registrar o valor do IMC do paciente.

Laboratorial

Registrar valor conforme exame realizado ou mais próximo da admissão hospitalar ou da consulta ambulatorial e, registrado em prontuário médico.

- **INR**

Razão Normalizada Internacional (INR ou RNI) é uma medida laboratorial para avaliar a tendência de coagulação do sangue, devendo ser registradas para pacientes em uso de varfarina ou fondaparinux.

ECG

Registro em prontuário de laudo do exame eletrocardiográfico realizado na/ou mais próximo da admissão hospitalar.

- **Ritmo**

- **Sinusal**

Registro de ritmo cardíaco regular com frequência entre 50 e 100 bpm, com onda P monofásica e regular antecedendo cada complexo QRS.

- **Fibrilação Atrial**

Registro de arritmia atrial ectópica, gerando uma linha de base irregular e uma atividade atrial caótica com ondas P indefiníveis.

- **Flutter Atrial**

Registro de arritmia de origem em focos ectópicos caracterizando-se pela substituição de ondas P por ondas F, nítidas, com sucessão rápida, contínuas, idênticas e em forma de serra.

- **Marcapasso**

Registro de ritmo induzido por marca passo definitivo em prontuário médico ou laudo do exame.

- **Outros**

Registro em prontuário médico ou laudo do exame, com ritmo cardíaco diferente dos abordados pelo instrumento de coleta de dados na admissão hospitalar ou consulta ambulatorial atual.

- **Distúrbio de Condução**

Selecionar conforme registro documentado em prontuário médico ou laudo de ECG, realizado durante a avaliação inicial do paciente.

- **Tipo Marca passo**

Registrar a localização do eletrodo do marca passo definitivo em caso de paciente portador do mesmo.

Função Ventricular

Registro em prontuário médico ou laudo de exames específicos que avaliem a função ventricular.

- Fração de Ejeção do Ventrículo Esquerdo (FEVE)

Registrar o valor da FEVE em forma de porcentagem (%).

- Diâmetro átrio esquerdo

Registrar o valor do diâmetro do átrio esquerdo em unidade de medida de milímetro (mm).

- Volume do átrio esquerdo

Registrar o valor do volume do átrio esquerdo em unidade de medida de mililitro (ml).

Escores de Risco

Selecionar o escore de risco conforme registro no prontuário e em caso de não documentação verificar se há justificativa para a mesma.

- **Cálculo CHADS₂-VASc**

O cálculo será realizado automaticamente pelo sistema a partir do preenchimento dos itens conforme as opções encontradas em prontuário médico.

A estratificação de risco CHADS₂ (*Heart failure, Hypertension, Age, Diabetes, Stroke*) é utilizada para identificar, em pacientes com FA sem causa valvar, o risco deste paciente desenvolver eventos trombóticos, como por exemplo, o Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCi,) após 1 ano, conforme a presença de determinados fatores de risco.

A pontuação CHADS₂-VASc inclui três fatores de risco adicionais como o histórico de doenças vasculares, como Acidente Vascular Cerebral (AVC), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e Tromboembolismo prévios, além de considerar idade entre 65-74 ou > 75 anos (maior risco) e sexo feminino. Este escore é considerado mais acurado para classificar os pacientes com baixo risco para AVC e que não necessitam de anticoagulação oral.

- **Cálculo HAS-BLED**

HAS-BLED é um escore que tem como objetivo avaliar o risco de um indivíduo apresentar grandes hemorragias, principalmente em pacientes com Fibrilação Atrial, podendo também ser utilizado como auxílio na tomada de decisão sobre a terapia de anticoagulação.

Observações - Estas ferramentas são apresentadas apenas para fins informativos e não como instrumento para **determinação** de conduta clínica, pois outros fatores de risco também são relacionados a outras patologias recebendo intervenções distintas. O uso desta ferramenta como única forma de exclusão da indicação de anticoagulação, não é recomendado para os pacientes com Fibrilação Atrial pela *American Heart Association* (AHA).

Ações Preventivas

Registro em prontuário referente à realização de orientações por um ou mais profissionais da área da saúde, e/ou registro em prontuário de entrega, para o paciente ou cuidador de recursos materiais educativo-informativos contendo orientações como fatores de risco para cardiopatias, autocuidado, adesão medicamentosa, hábitos de vida saudáveis ou acompanhamento ambulatorial.

- **Paciente foi aconselhado para parar o tabagismo?**

Registro em prontuário médico de orientação ou acompanhamento profissional durante a internação hospitalar ou no seguimento ambulatorial, para cessar o tabagismo, podendo considerar orientação dada ao paciente e/ou acompanhante/cuidador ou registro em prontuário de encaminhamento do paciente a grupos de apoio ou ajuda psicossocial.

- **O paciente ou o cuidador receberam e foram orientados com material educacional?**

Registro em prontuário médico referente à realização de orientações preventivas abordando temas como mudança de estilo de vida, controle de peso, realização de atividade física, reabilitação cardíaca e uso correto das medicações prescritas para uso domiciliar.

- **Planejada estratégica para controle de frequência/controle de ritmo?**

Registro em prontuário médico referente a orientações ou estabelecimento de estratégias para controle de ritmo ou frequência cardíaca durante internação hospitalar ou acompanhamento ambulatorial.

- **Controle de Frequência Planejada**

Registro de estabelecimento de orientações referente a contagem da frequência cardíaca através do pulso radial ou carotídeo, ressaltando o padrão de normalidade para frequência cardíaca em repouso > 50 bpm e < 100 bpm.

- **Controle de Rimo Planejado**

Registro de orientações para adesão ao plano farmacológico prescrito, importância da periodicidade em realizar os exames de acompanhamento através do acompanhamento ambulatorial.

- **Planejamento Não Documentado**

Ausência de registros referente a orientações sobre controle de frequência e/ou ritmo cardíaco.

- **Screening para Apnéia do Sono?**

Registro em prontuário médico ou relato do paciente, de histórico de avaliação para diagnóstico ou rastreamento na suspeita de apneia do sono. Serão considerados também como rastreamento para apneia do sono, instrumentos institucionais próprios para aplicação em pacientes com cardiopatias.

- **Agendamento de Visitas para Acompanhamento?**

Registro em prontuário médico de agendamento ou orientação para agendamento de consultas ambulatoriais.

- **Data/Hora da 1ª visita de acompanhamento**

Registrar a data e hora em que ocorrerá a 1ª visita de acompanhamento após a alta hospitalar.

- Dia/Mês/Ano (DD/MM/AAAA)

- Hora: Minutos (hh:mm)

- **Foi dada Orientações sobre Terapia Anticoagulante?**

Registro em prontuário médico de realização de orientação e/ou entrega de material educativo ao paciente e/ou cuidador referente a Terapia de Anticoagulação.

Observações - Os pacientes que receberam alta com terapia de anticoagulação devem receber materiais educativos adequados (folhetos, cardernos, vídeos) onde se deve estar atento aos seguintes critérios:

- O que é a terapia de anticoagulação;
- Importância da análise frequente do sangue (TP e INR) para pacientes que receberam varfarina, fondaparinox ou heparina;
- Sinais e sintomas de sangramento;
- Efeitos colaterais, principais precauções e segurança (incluindo dieta alimentar);
- São aceitas orientações realizadas em qualquer período da internação.
- Se o registro indicar que as orientações e entrega de materiais educativos não foram realizadas devido comprometimento cognitivo do paciente

(coma, confusão, entre outros) e ausência de cuidador disponível, selecionar a opção “Não” para a questão “Foi dada orientações sobre Terapia Anticoagulante?”.

- O cuidador é definido como familiares do paciente ou indivíduos responsáveis pelo cuidado pós-alta hospitalar.

- **Planejado seguimento de INR?**

Registro, em prontuário médico, de instruções para acompanhamento de INR, incluindo seguimento para análise de INR com testes programados prescritos no momento da alta para pacientes com prescrição de varfarina ou fondaparinux.

Observações

- O paciente e/ou cuidador devem receber instruções sobre como agendar o seguimento para análise de INR (quem contatar, quando o teste deve ser agendado), com um período de tempo recomendado para acompanhamento.
- Na ausência de necessidade de seguimento de INR, selecionar “Não aplicável” para a questão “Planejado seguimento de INR?”.
- Utilizar somente registros fornecidos pelo prontuário médico.
- Se o registro indicar que as orientações e entrega de materiais educativos não foram realizadas devido comprometimento cognitivo do paciente (coma, confusão, entre outros) e ausência de cuidador disponível, selecionar a opção “Não” para a questão “Planejado seguimento de INR?”.

- **Se sim, quem acompanhará o INR?**

Em caso de sim para a pergunta “Planejado seguimento de INR?”, informar estratégia de escolha para o acompanhamento de acordo com registro em prontuário médico do local e/ou indivíduo responsável pela realização deste.

- O paciente foi instruído a entrar em contato com uma clínica ambulatorial?
- O paciente foi instruído a entrar em contato com um médico associado ao seu hospital para o seguimento de INR?
- O paciente foi instruído a entrar em contato com um médico não associado com seu hospital para o seguimento de INR?

- O paciente foi instruído ao seguimento de INR, porém não está documentado o mesmo em prontuário médico selecionar opção “Não documentado”.

Observações - Em caso de registros de vários pontos de seguimento de INR, selecione o local onde o paciente realizará o primeiro teste de INR.

Medicamentos Prescritos na Consulta

Selecionar as opções e doses, conforme registro em prontuário médico, de medicamentos prescritos durante a consulta de acompanhamento ambulatorial atual.

Questionário *World Health Organization Quality Of Life – Bref*

Qualidade de Vida

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) (1995), qualidade de vida consiste na “percepção do indivíduo de sua inserção na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Sobre outros aspectos é possível incluir aos fatores envolvendo a qualidade de vida elementos como alimentação, moradia, acesso à saúde, emprego, saneamento básico, educação e transporte, sendo estas, necessidades de sobrevivência da sociedade contemporânea.

WHOQOL – Bref: versão abreviada em português do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS.

- **Quanto ao preenchimento do questionário:**

- O indivíduo deve ser adequadamente informado sobre o objetivo da aplicação do questionário, o modo de aplicação e o destino dos dados obtidos. Deve também sentir-se à vontade para esclarecer quaisquer dúvidas ao longo da aplicação.
- Uma situação de privacidade deve ser buscada.
- O instrumento deve ser respondido em somente um encontro ou em uma mesma ligação telefônica.
- Em casos de aplicação do questionário por contato telefônico, o paciente deve ser orientado a responder a pergunta conforme escala, evitando desvios ou prolongamento do tema questionado.
- Deve ser enfatizado que todo o questionário refere-se às duas últimas semanas, independente do local onde o indivíduo se encontre.

- O questionário a princípio é de auto resposta.
 - O entrevistador não deve influenciar o paciente na escolha da resposta, não devendo discutir as questões ou o significado destas, nem da escala de respostas; no caso de dúvida o entrevistador deve apenas reler a questão de forma pausada para o paciente, evitando dar sinônimos às palavras das perguntas, ressaltando a importância da interpretação do paciente referente a pergunta proposta. Em casos de impossibilidade (analfabetismo, deficiência visual importante, falta de condição clínica) o instrumento pode ser aplicado pelo entrevistador, devendo haver esforços redobrados para evitar a influência sobre as respostas do indivíduo.
- Ao término do questionário, verificar se o paciente não deixou nenhuma questão sem resposta e se marcou somente uma alternativa por questão.

- **Registro do Entrevistador**

Registrar o nível de dificuldade enfrentada pelo paciente durante a aplicação do questionário, na percepção do entrevistador e também, o tempo de duração para o preenchimento do questionário pelo entrevistado (paciente).

- **Escala Visual Analógica (EVA)**

Instrumento utilizado na avaliação da dor consistindo em uma linha de 10 cm com âncoras em ambas as extremidades onde podemos observar os descritores “pior estado de saúde imaginável/pior dor” e “melhor estado de saúde imaginável/sem dor”; os pacientes devem indicar a magnitude de seu estado marcando um ponto ao longo do comprimento da linha. Uma régua é utilizada para quantificar a mensuração em uma escala de 0 a 100 mm.

FORMULÁRIO DE SEGUIMENTO 30 DIAS – FIBRILAÇÃO ATRIAL AMBULATORIAL

- **Data do Contato**

Data em que o pesquisador/coletador de dados realizou o contato telefônico com paciente após 30 dias da consulta ambulatorial.

Dia/Mês/Ano (DD/MM/AAAA)

- **Paciente foi a Óbito?**

Registro médico ou relato de óbito por familiar ou informante durante o contato telefônico. Preencher formulário específico de óbito informando data, hora, local, causa da morte se disponível e origem da informação (familiar, atestado de óbito, autópsia, prontuário).

- **Admissão em Serviço de Emergência**

Registro em prontuário ou relato de procura ao serviço de emergência (Pronto Socorro - PS, Unidade de Pronto Atendimento-UPA) após a consulta ambulatorial ou alta hospitalar referente a data em que o paciente foi incluído no estudo. Se sim, informar quantas vezes procurou o serviço de emergência desde o último contato do pesquisador.

- **Hospitalização**

Registro ou relato de internação hospitalar (>24hrs) desde o último contato com o pesquisador. Se sim, informar quantas vezes foi internado.

Data da primeira hospitalização

Se paciente relatou que foi hospitalizado desde o último contato, registrar a data da primeira internação.

Dia/Mês/Ano (DD/MM/AAAA)

- **Procedimento Médico Cardíaco**

Registro em prontuário médico ou relato de realização, desde o último contato, de algum procedimento cardíaco (terapêutico ou diagnóstico).

- **Consulta Ambulatorial**

Registro ou relato de realização de consulta médica em ambulatório da instituição onde ocorreu a internação index, outro ambulatório do SUS, unidade básica de saúde

(UBS), visita médica domiciliar (programa saúde da família) e/ou consultório particular/convênio de saúde.

Medicamentos de Uso Domiciliar

Selecionar as opções, conforme relato do paciente de medicamentos em uso domiciliar.

Observação:

- Utilize o registro de medicações prescritas na consulta ambulatorial referente a data de inclusão do paciente neste estudo.
- Este registro prévio será de referência para verificar se as medicações e doses citadas pelo paciente estão em conformidade com a última prescrição. Caso haja não conformidades, pergunte se a prescrição médica foi alterada em outra consulta ou visita ao serviço de saúde desde o último contato com o pesquisador/coletador de dados.

Ações Preventivas

- **Situação Tabagismo**

Relato em comparação a internação/consulta index, a do tabagismo. Registrar apenas uma opção.

- Não aplicável: paciente não fuma e relata nunca ter fumado.

- **Exercício Físico**

Relato de que o paciente realiza atividade física de forma regular e frequente conforme orientação profissional.

- **Acompanhamento de INR**

Relato ou registro de que o paciente faz uso de anticoagulante (varfarina ou fondaparinux), relato de que esteja realizando periodicamente o teste para controle de INR.

FORMULÁRIO DE SEGUIMENTO 6 MESES – FIBRILAÇÃO ATRIAL AMBULATORIAL

- **Data do Contato**

Data em que o pesquisador/coletador de dados realizou o contato telefônico com paciente após 6 meses da primeira consulta ambulatorial.

Dia/Mês/Ano (DD/MM/AAAA)

- **Paciente foi a Óbito?**

Registro médico ou relato de óbito por familiar ou informante durante o contato telefônico. Preencher formulário específico de óbito informando data, hora, local, causa da morte se disponível e origem da informação (familiar, atestado de óbito, autópsia, prontuário).

- **Admissão em Serviço de Emergência**

Registro ou relato de procura ao serviço de emergência (Pronto Socorro - PS, Unidade de Pronto Atendimento-UPA). Se sim, informar quantas vezes procurou o serviço de emergência desde o último contato do pesquisador.

- **Hospitalização**

Registro ou relato de internação hospitalar (> 24hr) desde o último contato com o pesquisador. Se sim, informar quantas vezes foi internado.

- **Data da Primeira Hospitalização**

Se paciente relatou que foi hospitalizado desde o último contato, registrar a data da primeira internação. Dia/Mês/Ano (DD/MM/AAAA)

- **Procedimento Médico Cardíaco**

Registro em prontuário médico ou relato de realização, desde o último contato, de algum procedimento cardíaco (terapêutico ou diagnóstico).

- **Consulta Ambulatorial**

Registro ou relato de realização de consulta médica em ambulatório da instituição onde ocorreu a internação/consulta index, outro ambulatório do SUS, unidade básica de saúde (UBS), visita médica domiciliar (programa saúde da família) e/ou consultório particular/convênio de saúde.

Medicamentos de Uso Domiciliar

Selecionar as opções, conforme relato do paciente de medicamentos em uso domiciliar.

Observação

- Utilize o registro de medicações prescritas na consulta ambulatorial ou na alta hospitalar preenchido anteriormente neste estudo.
- Este registro prévio será de referência para verificar se as medicações e doses citadas pelo paciente estão em conformidade com a última prescrição realizada no hospital. Caso haja não conformidades pergunte se a prescrição médica foi alterada em outra consulta ambulatorial ou visita à serviço de saúde, desde o último contato com o pesquisador/coletador de dados.
- Caso o pesquisador suspeite que as alterações na prescrição medicamentosa foram alteradas pelo paciente, utilize a ligação para validar a importância de seguir o tratamento conforme prescrição médicas e, que se paciente apresentar dúvidas, entrar em contato com serviço de saúde (UBS, ambulatório médico).

Ações Preventivas

- **Situação Tabagismo**

Relato em comparação a internação/consulta index, a respeito do tabagismo. Registrar apenas uma das opções.

- Não aplicável: selecione esta alternativa caso o paciente não fuma e relata nunca ter fumado.

- **Exercício Físico**

Relato de que o paciente realiza atividade física de forma regular e frequente conforme orientação profissional.

- **Acompanhamento de INR**

Relato ou registro de que o paciente faz uso de anticoagulante (Varfarina ou Fondaparinux), relato de que esteja realizando periodicamente o teste para controle de INR.

Formulário de Óbito

- **Causa da Morte**

As causas de morte a serem registradas referem-se à doença, estado mórbido ou lesões que produziram a morte ou que contribuíram para a mesma.

- **Diagnóstico da “Causa Mortis”**

Selecionar a opção referente à confirmação da causa determinante do óbito.

- **Local de Ocorrência do Óbito**

Assinale a opção correspondente à área física onde ocorreu o óbito, de acordo com as alternativas:

- **Residência**

Se o óbito ocorreu em um domicílio.

- **Hospital**

Se o óbito ocorreu em um estabelecimento de saúde que tem por finalidade básica prestar assistência médica em regime de internação, possuindo leitos e instalações apropriadas, com assistência médica permanente de pelo menos um médico.

- **Via Pública**

Se o óbito ocorreu em uma via pública.

- **Óbito Assistido por Médico**

Informar, conforme registro em prontuário médico, se o óbito foi assistido por algum profissional médico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LEWIS, W. R. et al. Get With The Guidelines AFIB: novel quality improvement registry for hospitalized patients with atrial fibrillation. **Circ Cardiovasc Qual Outcomes**, 2014. v. 7, n. 5, p. 770-7. ISSN 1941-7705. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25185244>>.

APOLINARIO, D. et al. Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-speaking Adults. **Rev Saude Publica**, v. 46, n. 4, p. 702-11, Aug 2012. ISSN 1518-8787. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22782124> >.

BARROS, A. **Anamnese e Exame Físico: Avaliação Diagnóstica de Enfermagem no Adulto**. Porto Alegre, RS: Artmed, 2010. 440 p.

HALTY, L. et al. **Pesquisa sobre tabagismo entre médicos de Rio Grande, RS: prevalência e perfil do fumante**. Jornal de Pneumologia. São Paulo. 28: 77-83 p. 2002.

BOCCHI EA et al. **Sociedade Brasileira de Cardiologia. Atualização da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica - 2012**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. São Paulo, 2012. 98: 1-33 p.

LINS, R. et al. **Tratamento da fibrilação atrial com ablação por ultrassom, durante correção cirúrgica de doença valvar cardíaca**. Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular. São José do Rio Preto: Julho/Setembro.2010.

RADFORD, M. J. et al. ACC/AHA key data elements and definitions for measuring the clinical management and outcomes of patients with chronic heart failure: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Data Standards (Writing Committee to Develop Heart Failure Clinical Data Standards): developed in collaboration with the American College of Chest Physicians and the International Society for Heart and Lung Transplantation: endorsed by the Heart Failure Society of America. **Circulation**, Sep 2005. v. 112, n. 12, p. 1888-916. ISSN 1524-4539. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16162914> >.