



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

CASE REPORT FORM (CRF)

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

São Paulo

2019

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

CASE REPORT FORM (CRF)

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

São Paulo

2019

SUMÁRIO

CADASTRO DE NOVO PACIENTE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA	4
SELEÇÃO INSUFICIÊNCIA CARDÍACA.....	7
ELEGIBILIDADE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA	9
HISTÓRICO MÉDICO INSUFICIÊNCIA CARDÍACA.....	9
ADMISSÃO INSUFICIÊNCIA CARDÍACA	12
INTERNAÇÃO INSUFICIÊNCIA CARDÍACA.....	22
FORMULÁRIO DE ALTA HOSPITALAR INSUFICIÊNCIA CARDÍACA.....	27
FORMULÁRIO DE SEGUIMENTO 30 DIAS - INSUFICIÊNCIA CARDÍACA.....	32
FORMULÁRIO DE SEGUIMENTO 6 MESES – INSUFICIÊNCIA CARDÍACA.....	35
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39

CADASTRO DE NOVO PACIENTE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

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 INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

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

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.

Liminar

A medida liminar é a decisão jurídica que analisa um pedido urgente, como a internação de um indivíduo ou a transferência do mesmo entre serviços de saúde conforme níveis de atenção. É uma decisão precária, uma vez que a medida pode ser revogada e o direito sob análise pode ou não ser reconhecido no julgamento de mérito da causa. Tem como requisitos o "fumus bonis iuris" (quando há fundamentos jurídicos aceitáveis) e o "periculum in mora" (quando a demora da decisão causar prejuízos). Neste estudo será considerada internação por liminar se houver registro em prontuário ou outra documentação comprobatória. (Supremo Tribunal Federal)

ELEGIBILIDADE INSUFICICÊNCIA CARDÍACA

Crítérios de Inclusão

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

Crítérios de Exclusão

Características que se presente no paciente impedem a participação do mesmo no estudo.

HISTÓRICO MÉDICO INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

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 o item “outros” não havendo necessidade de especificar qual.

- **Sim**

Selecionar o 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 anteriormente a atual 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 de 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**

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 Cardíaca (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 auto 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 INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS

Data da Admissão

- Dia/Mês/Ano (DD/MM/AAAA)

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).

Etiologia Insuficiência Cardíaca

Selecionar uma das alternativas de acordo com a causa principal que levou o paciente a desenvolver a insuficiência cardíaca.

Classe Funcional Insuficiência Cardíaca

Grau de limitação imposto pela doença para atividades cotidianas do indivíduo. Avaliada através do conjunto de sintomas que uma pessoa sente durante as atividades do dia-a-dia, causando desconforto e limitando a capacidade funcional, como subir lombadas e lances de escada, caminhar no plano, realizar atividades domésticas, vestir-se sozinho, tomar banho, alimentar-se e dormir sem restrição de decúbito.

- Classe I - ausência de sintomas (dispneia) durante atividades cotidianas. A limitação para esforços é semelhante à esperada em indivíduos normais;
- Classe II - sintomas desencadeados por atividades cotidianas;
- Classe III - sintomas desencadeados em atividades menos intensas que as cotidianas ou pequenos esforços;

- Classe IV - sintomas em repouso.

Perfil Hemodinâmico de Insuficiência Cardíaca

Caracteriza as condições de volemia e de perfusão nos pacientes com Insuficiência Cardíaca (IC) Aguda. Os pacientes com sintomas e sinais clínicos de congestão ficam denominados como congestos; na ausência dos mesmos, como secos; na presença de sinais de baixo débito, como frios; e os com perfusão periférica normal, como quentes.

- Pacientes sem sinais de congestão ou de baixo débito: quente-seco.
- Pacientes congestos sem sinais de baixo débito: quente-úmido.
- Pacientes congestos com sinais de baixo débito: frio-úmido.
- Pacientes sem sinais de congestão com baixo débito: frio-seco.

Sinais e Sintomas Admissão

Apresentou sintomas na admissão?

- **Sim:** Registrar sintomas constatados na admissão do paciente.
- **Não:** Se o paciente não apresentou sintomas relacionados à Insuficiência Cardíaca na admissão hospitalar.
- **Não documentado:** Marcar esta opção caso não esteja registrado em prontuário médico os sintomas apresentados pelo paciente durante a admissão hospitalar.

- **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.

- **Ortopneia**

Relato do surgimento ou agravamento da sensação de dispneia com a adoção da posição horizontal. O sintoma tende a ser aliviado, parcial ou totalmente, com a elevação da porção superior do tórax pelo uso de um número maior de travesseiros ou pela elevação da cabeceira da cama.

- **Dispneia Paroxística Noturna**

Relato de situação na qual o paciente tem seu sono interrompido por uma dramática sensação de dispneia intensa, tosse seca, pele fria e pálida, sudorese, taquicardia e/ou

tórax expandido, levando-o a sentar-se no leito, ou mesmo levantar-se em “busca de ar”, visando obter alívio da súbita sensação de sufocação.

- **Dispneia ao Caminhar no Plano**

Paciente demonstra ou relata ter desconforto respiratório ao caminhar em superfícies planas.

- **Dispneia ao Subir Escadas**

Paciente demonstra ou relata ter desconforto respiratório, ou cansaço ao subir escadas, ladeiras ou degraus.

- **Diminuição do Apetite/Saciedade Precoce**

Paciente relata ou demonstra perda do apetite ou sensação de empachamento gástrico, consumindo menos alimentos que de costume.

- **Choque CDI/Arritmia Ventricular Sustentada**

Relato ou registro em prontuário em que o paciente refere descargas elétricas (choques) decorrentes aos disparos do Cardioversor Desfibrilador Implantável (CDI) ou experiência subjetiva de desconforto devido à arritmia ventricular sustentada.

- **Sobrecarga de volume/ganho de peso**

Relato ou registro de aumento rápido e constante em curto espaço de tempo maior que 1 kg/dia de peso corporal.

- **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.

- **Palpitação**

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

- **Síncope**

Perda súbita da consciência resultante, em geral, da redução transitória da perfusão cerebral.

- **Baixa Perfusão Periférica/Choque Circulatório**

Baixa quantidade de sangue que chega às extremidades do organismo; a característica de má perfusão é a pele fria, pegajosa ou arroxeadada com tempo de enchimento capilar > 3 s.

Sinais Vitais (Durante a admissão)

Registrar os sinais vitais mensurados durante a avaliação inicial do paciente durante a atual internação hospitalar; 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.

Exame Físico

- **Turgência Jugular Patológica**

Registro em prontuário de presença de distensão visível da veia jugular, resultante de alterações de pressão e volume dentro do átrio direito, refletindo a atividade do lado direito do coração e sua eficácia como bomba. A estase jugular deve ser examinada com o paciente em decúbito de 45° e esta deve ser realizada a partir de uma escala em cruces (de + a ++++).

- **Crepitação Pulmonar**

Registro em prontuário de presença de crepitações, sons produzidos devido à abertura das pequenas vias aéreas contendo pequena quantidade de líquido, na ausculta pulmonar.

- **Sibilos**

Registro em prontuário de presença de sibilos, ruídos musicais ou sussurrantes decorrentes da passagem do ar por vias aéreas estreitadas, na ausculta pulmonar.

- **Edema de Membros Inferiores**

Registro em prontuário de aumento de fluidos nos tecidos da perna ou do pé, indicado pelo recuo perceptível após palpação, sinal de Godet, durante exame físico, indicando um quadro de insuficiência ventricular direita (IVD). Em pacientes cardiopatas, o edema de membros inferiores está presente durante o dia todo ao contrário do que se verifica em indivíduos portadores de varizes, cujo edema surge ao final do dia.

- **Ascite**

Registro em prontuário de acúmulo de fluido intra-abdominal identificado durante exame físico, podendo indicar insuficiência cardíaca direita crônica.

- **Hepatomegalia**

Registro em prontuário de palpação do fígado acima de 3 cm do rebordo costal direito durante exame físico, podendo indicar a presença de hepatopatias como hepatites e tumores.

- **Terceira Bulha Cardíaca**

Registro em prontuário de presença de terceira bulha (galope) na ausculta cardíaca.

Laboratorial

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

- **BNP**

Peptídeo natriurético cerebral – Neuro-hormônio biomarcador de insuficiência cardíaca, produzidos normalmente, pelas células de músculo atrial, de onde são liberados. Entretanto, sob condições atípicas, como a doença estrutural miocárdica, o peptídeo natriurético tipo-B parece ser produzido em maior escala pelos ventrículos.

- **NT-Pró-BNP**

É um biomarcador bastante útil de diagnóstico e de prognóstico, tanto em pacientes com dispneia de etiologia desconhecida como para avaliação do risco de pacientes com disfunção cardíaca já estabelecida.

- **Troponina**

As troponinas constituem um complexo de proteínas formadas por filamentos localizados nas fibras musculares estriadas sendo essenciais para o processo de regulação da contração do músculo estriado e cardíaco. Após a lesão miocárdica estas surgem na corrente sanguínea devido à lenta degradação de seu conjunto estrutural, tendo seu pico entre 18 e 24 horas após início dos sintomas.

Eletrocardiograma (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.

- **Duração QRS (ms)**

Referente à duração do complexo QRS expressado em milímetros por segundo (ms) no ECG de repouso da avaliação inicial, registrado em prontuário médico ou no laudo do exame.

- **Distúrbio de Condução**

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

Radiografia de Tórax

- **Derrame Pleural**

Registro no laudo da radiografia de tórax de derrame pleural caracterizado por acúmulo de fluido livre no espaço pleural.

- **Edema Pulmonar**

Registro no laudo da radiografia de tórax de edema pulmonar caracterizado por diminuição da radiotransparência pulmonar na região peri-hilar devido o aumento da filtração de líquidos extra capilar pulmonar, levando ao aumento de líquidos no espaço intersticial e alveolar.

- **Índice Cardio - Torácico**

Registro em prontuário ou laudo radiográfico do valor resultante da divisão entre o diâmetro máximo cardíaco e o diâmetro máximo torácico, ambos extraídos da radiografia de tórax atual do paciente.

- **Redistribuição de Fluxo para Lobos Superiores**

Registro em prontuário ou achado em radiografia de tórax atual com redistribuição do fluxo sanguíneo para os lobos superiores.

Condições que contribuíram para exacerbação IC

Registro de fatores que possam ter contribuído para a descompensação cardíaca.

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.

INTERNAÇÃO INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Procedimentos

Selecionar os procedimentos realizados durante a internação atual.

- **Sem procedimentos**

Ausência de realização de procedimentos cardiológicos.

- **Cateterismo cardíaco**

Registro em prontuário que paciente foi submetido a cateterismo cardíaco, ou seja, exame realizado por meio de inserção de cateteres nos vasos sanguíneos das pernas ou dos braços (artéria radial, femoral ou braquial) com a injeção de contraste iodado.

- **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 de intervenção com cateter pela coronária com implante de *stent*.

- **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.

- **Marcapasso**

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.

- **Ablação FA/Flutter**

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

- **Cirurgia 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.

- **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).

- **Cardioversor Desfibrilador 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 auto 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.

- **Dispositivo de Assistência Ventricular E**

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.

- **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).

- **Transplante Cardíaco**

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.

Tratamento Parenteral Durante Internação

Selecionar medicações e/ou métodos utilizados durante a internação para o tratamento parenteral conforme registros em prontuário médico.

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).

E/E'

Este é um índice não invasivo para detectar a elevação aguda da pressão de enchimento do ventrículo esquerdo. Registrar o valor.

PSAP

Registro em prontuário do valor da Pressão Sistólica em Artéria Pulmonar.

Disfunção diastólica

Registro em prontuário médico a classificação da disfunção diastólica do paciente.

Mobilidade reduzida durante a internação?

Registro ou relato de que o paciente, devido à patologia, passa pelo menos metade do dia deitado ou sentado à beira leito, excluindo período de sono.

A profilaxia para TVP foi realizada durante a internação?

O termo tromboembolismo venoso (TEV) engloba a trombose venosa profunda (TVP) e o tromboembolismo pulmonar (TEP), sendo esta a causa de morte evitável mais comum no paciente hospitalizado. Todo paciente de risco para TVP e TEP deve receber alguma forma de profilaxia constando em prontuário ou prescrição médica de medidas farmacológicas ou não ou ambas para redução de risco de TEV.

TEP ou TVP foi documentado nesta internação?

Registro em prontuário médico se ocorrência de tromboembolismo venoso (TEV) ou tromboembolismo pulmonar (TEP) durante a internação.

Registro em prontuário do controle de peso em pelo menos 70% do período da internação?

Registro em prontuário médico da realização de controle de peso diário ou no máximo em 70% do período total de internação.

Evento Adverso Grave Durante Internação

Consiste em qualquer ocorrência médica indesejável que resulte em morte, ameace à vida, requer hospitalização ou prolongamento de uma hospitalização pré-existente, incapacidade persistente ou significativa, anomalia congênita e malformação ao nascimento e/ou efeitos clinicamente importantes.

FORMULÁRIO DE ALTA HOSPITALAR INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Data da Alta Hospitalar

Data em que o paciente recebeu alta hospitalar.

- Dia/Mês/Ano (DD/MM/AAAA)

Hora da Alta Hospitalar

Hora em que o paciente recebeu alta hospitalar.

- Hora: Minutos (hh:mm)

Tempo de permanência hospitalar

Número de dias em que o paciente permaneceu internado no hospital.

Número de dias internado em unidade fechada

Número de dias em que o paciente permaneceu internado em uma unidade fechada como UTI.

Qual destino do paciente após a alta?

Selecionar o destino do paciente no momento da alta hospitalar conforme registros em prontuário médico.

- **Óbito**

Registro médico de óbito. Preencher formulário específico de óbito informando data, hora, local, causa da morte se disponível e origem da informação (familiar, atestado de óbito, autópsia, prontuário). De acordo com local ou causa do óbito.

- **Descrito em prontuário decisão sobre medidas de conforto apenas (paliativo)?**

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2002), cuidados paliativos consistem na abordagem ou tratamento que melhora a qualidade de vida de pacientes e

familiares diante de doenças que ameacem a continuidade da vida. Para tanto, é necessário avaliar e controlar de forma impecável não somente a dor, mas, todos os sintomas de natureza física, social, emocional e espiritual.

Sinais Vitais (o mais próximo da alta)

Registrar os sinais vitais mensurados durante a internação, no período mais próximo a alta 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.

- **Peso**

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

Laboratório (mais próximo da alta)

Registrar os resultados dos exames laboratoriais realizados mais próximos à data da alta hospitalar.

- **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 fondaparinox.

- **BNP**

Peptídeo natriurético cerebral – Neuro-hormônio biomarcador de insuficiência cardíaca, produzidos normalmente, pelas células de músculo atrial, de onde são liberados. Entretanto, sob condições atípicas, como a doença estrutural miocárdica, o peptídeo natriurético tipo-B parece ser produzido em maior escala pelos ventrículos.

- **NT-Pró-BNP**

É um biomarcador bastante útil de diagnóstico e de prognóstico, tanto em pacientes com dispneia de etiologia desconhecida como para avaliação do risco de pacientes com disfunção cardíaca já estabelecida.

Medicamentos Prescritos na Alta Hospitalar

Selecionar as opções, conforme registro em prontuário médico, dos medicamentos prescritos na data da alta hospitalar para uso domiciliar.

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 educativos/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.

- **O paciente recebeu orientações sobre mudança de estilo de vida?**

Registro ou relato de orientações referente à mudança de estilo de vida incluindo a redução dos fatores de risco e condutas para melhores hábitos e costumes visando manter seu estado clínico estável e saudável.

- **O paciente recebeu orientações sobre controle de peso?**

Registro ou relato de orientações referente à importância da realização do controle de peso diário.

- **Recomendação para nível de atividade física**

Relato ou registro em prontuário médico de orientações para a prática de atividade física de forma regular e frequente.

- **Reabilitação Cardíaca**

Relato ou registro de que o paciente esteja frequentando adequadamente o serviço de reabilitação cardíaca.

- **Orientado para uso de Medicamentos Prescritos?**

Relato ou registro em prontuário médico da realização de orientações referente à importância do uso das medicações prescritas, suas indicações e a melhor forma de administração (via, horário).

- **Aconselhamento em caso de piora dos sintomas?**

Relato ou registro em prontuário médico da realização de orientações referente ao reconhecimento da piora dos sintomas e importância de procurar prontamente um serviço de saúde.

- **Aconselhamento para vacinação *Influenza* e *Pneumococo*?**

Relato ou registro em prontuário médico da realização de orientações referente a importância em manter a carteira de vacinação atualizada, principalmente no que refere as vacinas de *Influenza* e *Pneumococo*.

- **Agendamento de visitas para acompanhamento?**

Registro em prontuário médico de agendamento ou orientação para agendamento de consultas ambulatoriais. Se registrado, informar data e local da 1ª visita de acompanhamento.

- **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)

FORMULÁRIO DE SEGUIMENTO 30 DIAS - INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Data do Contato

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

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 alta hospitalar referente à 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 ou na alta hospitalar referente à 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.

- **Controle de Peso**

Relato da frequência do controle de peso informando data e peso da última pesagem.

- **Dieta**

Relato do paciente de pouco ou diminuição do consumo de sódio (embutidos, molhos e temperos prontos, alimentos industrializados, *fast food*). Relato do paciente de monitoramento da quantidade de líquido ingerido (sucos, água, frutas, sopas) e se o total diário encontra-se dentro do prescrito.

Observação

Questionar método utilizado pelo paciente para monitoramento da ingestão de líquido, esta informação será válida para verificar se paciente realiza propriamente dito e adequadamente o monitoramento.

- **Atividade Física**

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

- **Reabilitação Cardíaca**

Relato ou registro de que o paciente esteja frequentando adequadamente o serviço de reabilitação cardíaca.

FORMULÁRIO DE SEGUIMENTO 6 MESES – INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Data do Contato

Data em que o pesquisador/coletador de dados realizou o contato telefônico com paciente após 6 meses da alta hospitalar.

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, autopsia, 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 (>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/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 ultimo 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 do tabagismo. Registrar apenas uma opção.

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

- **Controle de Peso**

Relato da frequência do controle de peso informando data e peso da última pesagem.

- **Dieta**

Relato do paciente de pouco ou diminuição do consumo de sódio (embutidos, molhos e temperos prontos, alimentos industrializados, *fast food*). Relato do paciente de monitoramento da quantidade de líquido ingerido (sucos, água, frutas, sopas) e se o total diário encontra-se dentro do prescrito.

Observação

Questionar método utilizado pelo paciente para monitoramento da ingesta de líquido, esta informação será válida para verificar se paciente realiza propriamente dito e adequadamente o monitoramento.

- **Atividade Física**

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

- **Reabilitação Cardíaca**

Relato ou registro de que o paciente esteja frequentando adequadamente o serviço de reabilitação cardíaca.

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

BARUZZI, A. et al. **Trombose Venosa Profunda. Profilaxia.** Arquivos Brasileiro de Cardiologia. São Paulo, 1996. 67: 215-218 p.

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.

FIORELLI, A. et al. **Assistência circulatória mecânica: porque e quando** Rev Med. São Paulo: Janeiro-Março, 2008. 87: 1-15 p.

HIGA, E.; ATALLAH, A. **Guias de Medicina de Urgência.** São Paulo: Editora FAP-Unifesp e Manole, 2013.

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, 2002. 28: 77-83p.

MENEZES JR, A.; STIVAL, W.; LOPES, I. **Indicações da terapia de ressincronização cardíaca: discussão baseada em estudos recentes.** Revista Latino-Americana de Marcapasso e Arritmia, 2014. 27: 34-39 p.

GUYTON, A.; HALL, J. **Guyton & Hall. Tratado de Fisiologia.** 12: 1176 p. 2011.

MONTERA, M. et al. **Sociedade Brasileira de Cardiologia. II Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Aguda.** Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2009. 93: 1-65 p.

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> >.