

CAPÍTULO 2

PROJETO DE EXTENSÃO REABGRUPE ENFERMAGEM 2024: ESTRATÉGIAS DE REABILITAÇÃO CARDÍACA PARA PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA EM PETROLINA, PE

Amanda Regina da Silva Góis

<https://orcid.org/0000-0003-4661-772X>

Antonio Carlos Ramos Brito

<https://orcid.org/0009-0001-6878-2526>

Clediston Rodrigues de Souza

<https://orcid.org/0009-0003-6214-3672>

Flávia Myllena Rodrigues Quirino Possidônio

<https://orcid.org/0009-0001-0637-7533>

Gabriela Evangelista Rocha

<https://orcid.org/0000-0003-2722-6838>

Hélida Rodrigues de Macedo

<https://orcid.org/0009-0008-6615-6127>

Iasmim Santos Nunes

<https://orcid.org/0009-0003-4145-7672>

Renata de Souza Ramalho

<https://orcid.org/0009-0003-2441-4363>

Paulo Filipe Cândido Barbosa

<https://orcid.org/0000-0003-0608-1123>

Roxana Braga de Andrade Teles

<https://orcid.org/0000-0001-9486-5109>

Mariana Linard de Oliveira

<https://orcid.org/0009-0008-0359-1594>

RESUMO: **Objetivo:** relatar a experiência prática do projeto “REABGRUPE ENFERMAGEM 2024”, voltado à reabilitação cardíaca de pacientes com insuficiência cardíaca (IC) atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em Petrolina, Pernambuco, e regiões adjacentes. **Método:** trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, com base nas atividades extensionistas realizadas por discentes da Universidade de Pernambuco (UPE).

O projeto fundamenta-se na teoria do autocuidado de Dorothea Orem, integrando uma abordagem multidisciplinar com participação de docentes e discentes de enfermagem, nutrição e fisioterapia.

Resultados: o projeto demonstrou a importância da promoção do autocuidado, contribuindo para a melhora da qualidade de vida dos pacientes com IC. A implementação de protocolos de cuidados e o uso de técnicas como auriculoterapia auxiliam no manejo de sintomas e na redução dos índices de ansiedade e depressão.

Conclusão: a experiência proporcionada pelo “REABGRUPE ENFERMAGEM 2024” reforça o papel fundamental da enfermagem na reabilitação cardíaca e destaca a relevância da prática clínica para a formação de futuros profissionais, promovendo o desenvolvimento de competências e habilidades no cuidado integrado ao paciente

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Insuficiência Cardíaca; Reabilitação Cardíaca; Promoção da Saúde

INTRODUÇÃO

A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome clínica que representa a fase final de várias doenças cardiovasculares, caracterizando-se pela incapacidade do coração de fornecer sangue em quantidade suficiente para atender às demandas dos órgãos e tecidos do organismo. Essa condição é prevalente e complexa, afetando a qualidade de vida e aumentando a morbimortalidade, sobretudo entre idosos, com implicações significativas no cenário de saúde pública global e brasileiro (ROHDE, 2018).

No Brasil, a IC destaca-se como a principal causa de internações no Sistema Único de Saúde (SUS), demonstrando a urgência de estratégias voltadas ao seu manejo e prevenção. Dados de 2008 a 2018 indicam mais de 2 milhões de internações e 252 mil óbitos associados à IC, que, em 2019, apresentou uma taxa de mortalidade de 11,48 por 100 mil habitantes, gerando um custo superior a 3 bilhões de reais ao sistema público de saúde (SANTOS, 2021; ARRUDA, 2022). Embora estudos recentes revelam uma tendência geral de queda nas taxas de mortalidade por IC no país, algumas regiões, como o Norte, registram aumentos preocupantes, refletindo a necessidade de ações mais eficazes (ARRUDA, 2022).

Em resposta a essa crescente demanda por cuidados especializados, a Universidade de Pernambuco (UPE) lançou o projeto “REABGRUPE ENFERMAGEM 2024”, uma iniciativa inovadora voltada à reabilitação cardíaca de usuários do SUS. Baseado nas teorias de autocuidado de Dorothea Orem, o projeto visa atender às necessidades fundamentais de saúde dos pacientes, enfatizando o fortalecimento de sua autonomia e autocuidado. Esta iniciativa foi desenvolvida por uma equipe multidisciplinar de profissionais de enfermagem, nutrição e fisioterapia, que atuaram tanto na assistência direta quanto na educação em saúde, promovendo mudanças de estilo de vida e o manejo de sintomas.

Este capítulo descreve a experiência prática do projeto “REABGRUPE ENFERMAGEM 2024”, detalhando as estratégias implementadas, os desafios encontrados e os resultados alcançados. Com ênfase na atuação da enfermagem no cuidado e na prevenção de complicações associadas às disfunções cardiovasculares, a experiência ressalta o papel fundamental dessa profissão na reabilitação cardíaca e na promoção da qualidade de vida dos pacientes com IC, além de contribuir para o fortalecimento do papel da enfermagem na saúde pública.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, a partir da vivência de discentes extensionistas. O projeto “REABGRUPE ENFERMAGEM 2024” representa uma iniciativa inovadora voltada à crescente demanda por cuidados especializados para pacientes com insuficiência cardíaca (IC) atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em Petrolina, Pernambuco, e regiões adjacentes. O projeto fundamenta-se nas teorias de autocuidado e déficit de autocuidado de Dorothea Orem, as quais destacam a importância da promoção da autonomia e do autocuidado dos pacientes, visando a atender suas necessidades humanas fundamentais e melhorar sua qualidade de vida.

A metodologia do projeto foi cuidadosamente estruturada para proporcionar um atendimento integral e contínuo aos pacientes com IC. Inicialmente, todos os estudantes e colaboradores envolvidos participaram de seminários e treinamentos específicos, sendo capacitados para buscar e avaliar criticamente literatura científica relevante sobre reabilitação cardíaca. Essa preparação teórica foi essencial para que a equipe adquirisse conhecimentos sólidos e desenvolvesse habilidades para acolher e avaliar os pacientes de forma abrangente, monitorando sinais vitais e identificando as necessidades individuais, com o objetivo de criar planos de cuidado centrados e assertivos.

Os critérios de inclusão para o programa de reabilitação cardiopulmonar englobam pacientes com doença cardíaca confirmada e aqueles que possuem indicação médica específica para a reabilitação. Por outro lado, os critérios de exclusão são definidos para pacientes que não têm uma indicação clínica para o programa e aqueles que apresentam comorbidades graves que contraindicam a realização de atividades físicas. Essas diretrizes garantem que o programa seja direcionado apenas aos pacientes que se beneficiaram da reabilitação, assegurando a segurança e eficácia do tratamento.

O primeiro contato com o paciente ocorre durante o acolhimento, momento em que a equipe de enfermagem realiza uma avaliação detalhada da capacidade de autocuidado e das atividades instrumentais da vida diária, utilizando instrumentos validados, como a escala para avaliar as capacidades de autocuidado (ASA-A), a Escala de Avaliação das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) e a Escala do Nível de Ansiedade e Depressão (HAD). Com base nos dados coletados, é elaborado um plano de cuidados individualizado, que inclui intervenções específicas e ações de enfermagem voltadas para a reabilitação e a promoção da saúde.

As intervenções incluem tanto cuidados físicos quanto atividades de educação em saúde, realizadas durante os atendimentos com o paciente e reforçadas no plano de cuidado. Essas atividades educativas visam a fornecer orientações sobre autocuidado, promover a adesão ao tratamento e capacitar os pacientes para o gerenciamento eficaz de sua condição, incentivando mudanças sustentáveis no estilo de vida.

A oferta da auriculoterapia é direcionada aos pacientes com classificação na escala HAD para ansiedade e/ou depressão com 4 a 10 sessões consecutivas visando a redução da sintomatologia apresentada.

DISCUSSÃO E RESULTADOS

Os discentes de enfermagem realizam diversas atividades direcionadas ao cuidado individualizado, monitoramento contínuo do paciente, aplicação de escalas e o protocolo de auriculoterapia.



Título: Sessão de Auriculoterapia por discentes de enfermagem

Fonte: Acervo pessoal

São realizadas consultas de enfermagem no laboratório da universidade de Pernambuco, efetuadas com base no processo de enfermagem, de acordo com a Resolução Cofen nº 736, de 17 de janeiro de 2024 é fundamentado em suporte teórico, que podem estar associados entre si, como teorias e modelos de cuidado, sistemas de linguagens padronizadas, instrumentos de avaliação de predição de risco validados, protocolos baseados em evidências e outros conhecimentos correlatos, como estruturas teóricas conceituais e operacionais que fornecem propriedades descritivas, explicativas, preditivas e prescritivas que lhe servem de base. Os dados são coletados a cada consulta de forma individualizada e estão em processo de análise, sendo tabulados em uma planilha, visando verificar o impacto dos cuidados realizados aos pacientes, adesão ao tratamento e melhorias advindas do plano de cuidados da enfermagem e da auriculoterapia, a qual muitos pacientes relatam melhora imediata na redução de tensão e sensação de relaxamento.



Título: Capacitação sobre a utilização da taxonomia CIPE- Enfermagem

Fonte: Acervo próprio

Diante disso, nota-se que o programa de reabilitação para pacientes com insuficiência cardíaca está contribuindo de forma benéfica para a promoção da qualidade de vida dos pacientes e para o bem-estar deles, por isso torna-se essencial que a equipe de enfermagem permaneça dando continuidade na educação em saúde, escuta ativa aos pacientes e na promoção do autocuidado dos indivíduos em reabilitação.

TRANSIÇÃO DE TEMÁTICA

O projeto REABGRUPE teve início com o foco na reabilitação de pacientes com sequelas pós-COVID. No entanto, com a redução da demanda de pacientes com essas condições, devido aos avanços no tratamento, o projeto passou a ser reestruturado para atender a outras necessidades de saúde. O processo seletivo para os discentes extensionistas ocorreu no momento da transição da temática. Logo, os primeiros desafios enfrentados pela equipe foram a adequação dos instrumentos e protocolos para adequar o atendimento, monitoramento e o manejo das condições relacionadas à IC.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO INICIAL

O protocolo de atendimento inicial, aplicado no primeiro contato com o paciente, é considerado a etapa mais crucial do processo assistencial. A partir desse momento, nossa equipe realiza uma avaliação abrangente, considerando não apenas aspectos socioeconômicos e socioculturais, mas também parâmetros físicos, como sinais e sintomas clínicos. Os atendimentos são feitos por cada discente extensionista de forma individual. Nesse momento o discente se torna o profissional referência para o paciente, tendo que realizar o acompanhamento e estabelecendo avaliação diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados esperados.

O protocolo de atendimento inicial, com 17 páginas, contempla as quatro primeiras dedicadas à assistência de enfermagem. Inicialmente, a ficha inclui a identificação do paciente, com informações como nome, idade, data de nascimento, telefone para contato, endereço, raça, ocupação, contato de emergência, nível de escolaridade, estado civil, renda familiar e religião. Em seguida, realiza-se uma avaliação clínica detalhada, que abrange a etiologia da insuficiência cardíaca, situação do paciente em relação à fila de transplante, sinais e sintomas no momento da admissão, condições que contribuíram para a exacerbação da insuficiência cardíaca, procedimentos prévios realizados e doenças pré-existentes, buscando também o histórico familiar, além da principal queixa do paciente.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO- INICIAL
PROTOCOLO DE ATENDIMENTO- ENFERMAGEM

Nº PRONTUÁRIO:	DATA: / /		
IDENTIFICAÇÃO			
Nome: _____		Data de Nascimento: / /	Idade: _____
Sexo: () M () F		Estado Civil: () Solteiro () Casado () Divorciado () Viúvo	Celular: _____
Telefone fixo: _____		E-mail: _____	
Endereço: _____		Nº: _____	Bairro: _____
Cidade: _____		Contato de emergência: _____ Nome: _____	
Raca/Cor: () Amarelo () Pardo () Negro () Branco () Indígena		Ocupação: _____	
Escolaridade: () Sem escolaridade () Ensino fundamental incompleto () Ensino fundamental completo () Ensino médio incompleto () Ensino médio completo () Ensino superior () Pós-Graduado			
Renda familiar: () Sem renda mensal () Menos que 0,5 salário mínimo () De 0,5 a 1 salário mínimo () De 1 a 1,5 salário mínimo () Mais de 1,5 salário mínimo			
Religião: _____		Encontros/cultos/missas? por semana	
AVALIAÇÃO CLÍNICA			
Antecedentes pessoais			
Etiologia da insuficiência cardíaca:	() Isquêmico Miocardite () Miocardiopatias Restritivas () Hipertensivo () Valva () Familiar () Doença de Chagas () Miocardiopatia Hipertrófica () Alcoólica () Outras _____ () Cardiototoxicidade () Desconhecido		
	Data do diagnóstico: _____		
	Já foi internado/hospitalizado? () Não () Sim Conhecia o diagnóstico de IC antes dessa internação? () Não () Sim		
Paciente na fila do transplante?	() Sim () Não		
Sinais/sintomas admissão no programa	Dispneia em repouso	() Sim	() Não () S/A
	Ortopenia	() Sim	() Não () S/A
	Dispneia paroxística noturna	() Sim	() Não () S/A
	Dispneia ao caminhar no plano	() Sim	() Não () S/A
	Dispneia ao subir escadas	() Sim	() Não () S/A
	Diminuição do apetite/ saudade precoce	() Sim	() Não () S/A
	Sobre carga de volume/ ganho de peso	() Sim	() Não () S/A
	Dor torácica	() Sim	() Não () S/A
	Palpitação	() Sim	() Não () S/A
	Tontura/ síncope	() Sim	() Não () S/A
	Fadiga	() Sim	() Não () S/A
	Falta de ar	() Sim	() Não () S/A
	Falta de apetite	() Sim	() Não () S/A
	Dor muscular	() Sim	() Não () S/A
	Perda de memória	() Sim	() Não () S/A
Confusão mental	() Sim	() Não () S/A	
Dor de cabeça	() Sim	() Não () S/A	
Dificuldade de concentração	() Sim	() Não () S/A	
Inchaço/Edema MMII	() Sim	() Não () S/A	

Título: protocolo de atendimento inicial

Fonte: acervo pessoal

A ficha ainda contempla a avaliação dos hábitos de vida, com questionários específicos sobre o uso de tabaco e bebidas alcoólicas, além da qualidade do sono do paciente. Na seção de sinais vitais, são registrados os parâmetros principais no momento da admissão, como temperatura, saturação de oxigênio, pressão arterial, frequência respiratória e glicemia. Neste momento aplica-se, pela primeira vez, as escalas AIVD, ASA-A e de Avaliação do nível de ansiedade e depressão (HAD) em conjunto com o protocolo de atendimento inicial.

A última etapa do protocolo corresponde ao exame físico, onde o profissional de saúde examina diversos parâmetros do paciente, incluindo os sinais vitais, e avalia o estado geral de saúde. O exame é realizado por meio de técnicas como inspeção, palpação e ausculta, seguindo a direção céfalo-caudal, com atenção especial a possíveis alterações indicativas de patologias. Em seguida, o paciente é encaminhado para a Nutrição para realizar a avaliação de composição corporal e nutricional.

PLANO DE CUIDADOS

Com as informações adquiridas na primeira consulta, deve-se estabelecer um plano de cuidados individualizado, contendo instruções de forma clara e com linguajar adequado ao seu paciente. Este documento é construído com base nas queixas, necessidades e circunstâncias particulares de cada paciente, empregando intervenções baseadas em provas científicas. Ele é individualizado e abrange ações focadas na recuperação física, gestão clínica e apoio emocional, sempre em consonância com os princípios da prática fundamentada na ciência.

Entre as ações listadas no plano estão diretrizes sobre autocuidado e alterações no modo de vida, incluindo ajustes na alimentação, gestão de líquidos e identificação de sintomas de alerta, como cansaço ou falta de ar. Também se discute o gerenciamento de medicamentos, destacando a relevância da adesão ao tratamento e a prevenção de complicações.

No contexto clínico, ações como o acompanhamento de sinais vitais, análise da condição funcional e execução de exercícios de fisioterapia para aprimorar a aptidão cardiovascular são incorporadas.

Quando detectado, o apoio emocional é incorporado ao plano, incluindo intervenções como acupuntura e atividades de relaxamento para pacientes que exibem sintomas de ansiedade ou depressão, conforme determinado por escalas validadas.

O plano é constantemente ajustado, levando em conta a reação do paciente às intervenções e possíveis novas necessidades. Cada procedimento é explicado com precisão e fornecido ao paciente em um formato comprehensível, favorecendo uma melhor compreensão e comprometimento. A equipe de enfermagem assegura que todas as ações sejam fundamentadas em ciência, empregando instrumentos e protocolos comprovados para garantir qualidade e efetividade nos atendimentos e aplicando o processo de enfermagem (PE) em todas as etapas.

Além disso, o plano de cuidados deverá ser entregue ao paciente de forma impressa o mais rápido possível, podendo ser entregue quando o paciente for submetido a fisioterapia pela parte da tarde e à noite toda terça ou quinta-feira.

PROTOCOLO DE REAVALIAÇÃO

O protocolo de reavaliação envolve um instrumento mais curto e direto, focando nos sinais vitais e sintomas, exames físicos e a reaplicação das escalas para avaliar o progresso do cliente. Além disso, nesse instrumento o discente extensionista deve realizar o processo de enfermagem (PE), registrando a avaliação, diagnósticos de enfermagem, planejamento, implementação e evolução. Para essa etapa estabeleceu-se a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (GARCIA, 2020) como o padrão protocolado. Esse processo facilita o estabelecimento de novos planos de cuidados e garante um tratamento dinâmico e flexível.

A primeira aplicação da ficha de reavaliação ocorre no retorno após 7 dias. Neste momento, utiliza-se o Protocolo de Reavaliação para revisar o plano de cuidados, ajustando-o conforme necessário, com ênfase no retorno de 7 dias. O exame físico é repetido e as escalas de Atividade Instrumental da Vida Diária (AIVD), de Autocuidado (ASA-A) e de Avaliação do Nível de Ansiedade e Depressão (HAD) são reaplicadas, em conjunto com o protocolo de atendimento inicial. Ao final, é registrada a data do próximo retorno na agenda do paciente.

Posteriormente no retorno após 30 dias, uma nova avaliação completa é realizada, com o ajuste do plano de cuidados e a definição dos próximos passos, conforme especificado no protocolo de retorno de 30 dias. O exame físico é novamente conduzido, e as escalas de Atividade Instrumental da Vida Diária, de Autocuidado-ASA-A e de Avaliação do Nível de Ansiedade e Depressão são reaplicadas, em conjunto com o protocolo de atendimento inicial.

O fluxo do atendimento para reabilitação cardiopulmonar começa com a avaliação inicial do paciente, onde são aplicadas as escalas pertinentes e definido o plano de cuidados. Após 7 dias, o paciente retorna para reavaliação, onde se verifica a adesão ao plano e ajustam-se as condutas necessárias. O acompanhamento segue com um retorno programado para 30 dias, momento em que uma nova avaliação completa é realizada, o plano de cuidados é revisado, ajustado e os próximos passos são estabelecidos para garantir a continuidade e eficácia do tratamento.

PROTOCOLO DE AURICULOTERAPIA

Durante a prática extensionista, observou-se uma alta prevalência de sintomas de depressão e ansiedade entre os participantes, com ênfase naqueles relacionados à incerteza sobre o futuro. O coração é amplamente considerado pela população como um órgão essencial à vida, e o comprometimento de sua função contribui significativamente para a insegurança dos pacientes, particularmente em relação à prática de atividades físicas intensas, ou moderadas, o que pode agravar o adoecimento mental. Além disso, as mudanças abruptas nos hábitos de vida e alimentação foram identificadas como fatores relevantes no desenvolvimento de transtornos psicológicos.

Pensando nisso, os discentes foram capacitados para realizar sessões de Auriculoterapia durante a assistência de enfermagem.

A intervenção é especificamente voltada para pacientes que apresentam escores de ansiedade e/ou depressão na escala HADS. Esse grupo de pacientes é submetido a um programa terapêutico que compreende de 4 a 10 sessões consecutivas, com o objetivo principal de promover a redução significativa da sintomatologia emocional identificada.

A HADS foi um instrumento adaptado e validado para uso no país por Botega e Biol (1995) possuindo bons parâmetros para rastrear a ansiedade e depressão. Inicialmente, a HADS foi desenvolvida para mensurar sintomas de ansiedade e de depressão em pacientes de hospitais clínicos não-psiquiátricos, posteriormente passou a ser utilizada em indivíduos não internados e sem comorbidades (Damiano,2022; Vasconcelos,2015).

A escala contém 14 itens, divididos em subescala de ansiedade e de depressão, dos quais sete voltados para a avaliação da ansiedade (HADS-A) e sete para a depressão (HADS-D). Para cada item existem quatro alternativas, podendo ser pontuada de zero a três. Totalizando 21 pontos para cada escala. O escore em cada uma dessas escalas é calculado somando-se os valores atribuídos pelos participantes. Além disso, os escores podem ser categorizados (normal, leve, moderado e grave) quanto ao grau em que a sintomatologia está presente. Nesta pesquisa, utilizou-se os escores de corte recomendados de acordo com Zigmond e Snaith (1983) são: casos possíveis recebem pontuação superior a 8 e casos prováveis, superior a 11 pontos. Propuseram ainda um terceiro ponto de corte: distúrbios graves recebem mais de 15 pontos.

Durante as sessões, aplica-se o protocolo de ansiedade e depressão da Organização Mundial da Saúde (OMS), adaptadas às necessidades dos pacientes, visando à diminuição dos sintomas de ansiedade e depressão, ao fortalecimento da resiliência emocional e à melhoria da qualidade de vida. O acompanhamento contínuo e a avaliação do progresso durante o período de intervenção são fundamentais para ajustar a abordagem, garantindo um tratamento eficaz e personalizado.

O protocolo se inicia com a estimulação dos pontos no pavilhão auricular, especificamente no Triângulo Cibernetico (Shen Men, Rim e Simpático), que são considerados pontos de abertura e servem para ativar os demais pontos de interesse, como suprarrenal, coração, subcórtex, ansiedade, baço, fígado, tálamo, ponto zero e neurastenia (Noronha, 2020). Esses pontos têm a função de acalmar a mente e o espírito, reduzir a ansiedade, além de proporcionar analgesia.

A técnica utiliza sementes de mostarda marrom, que são aplicadas após a antisepsia da orelha externa com álcool 70%. Em seguida, realiza-se a inspeção da orelha para identificar possíveis sinais anormais e, posteriormente, a palpação da área correspondente no mapa auricular com o apalpador de auriculoterapia. As sementes de mostarda são fixadas com fita micropore bege e os pontos devem ser estimulados, começando pelo Triângulo Cibernetico e seguindo os demais pontos. O paciente também

recebe a orientação de estimular todos os pontos em casa todos os dias, três vezes ao dia, ao longo da semana (Silva, 2017). Além disso, o paciente deve retornar semanalmente para reaplicação do protocolo, completando assim o programa terapêutico de 4 a 10 sessões.

CONCLUSÃO

A insuficiência cardíaca (IC) impõe um desafio constante para a saúde pública, demandando abordagens integradas e inovadoras para seu manejo e reabilitação. A experiência do projeto “REABGRUPE ENFERMAGEM 2024”, descrita neste capítulo, demonstra a relevância de estratégias multidisciplinares e centradas no paciente. Fundamentado na teoria do autocuidado de Dorothea Orem, o projeto evidenciou o papel essencial da enfermagem no fortalecimento da autonomia dos pacientes, promovendo práticas de autocuidado e contribuindo significativamente para a melhoria da qualidade de vida. Além disso, a experiência mostrou-se valiosa na formação dos discentes, proporcionando-lhes um contato próximo com a prática clínica, o que favorece a construção de competências essenciais e a preparação para o mercado de trabalho.

A utilização de protocolos detalhados, técnicas como a auriculoterapia e o acompanhamento sistemático mostram-se eficazes no controle de sintomas, manejo de comorbidades e diminuição de índices de ansiedade e depressão, fatores cruciais para a recuperação desses pacientes. A partir dos resultados obtidos, evidencia-se a necessidade de iniciativas semelhantes para ampliar o impacto positivo na saúde de pacientes com IC e contribuir para a sustentabilidade do sistema de saúde pública.

REFERÊNCIAS

- ARRUDA, V. L. et al.** Insuficiência cardíaca no Brasil: uma análise epidemiológica. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 25, p. e220021, 2022.
- BOTEGA, N. J.; BIO, M. R.; ZOMIGNANI, M. A. et al.** Transtornos de humor em enfermarias de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Revista de Saúde Pública*, v. 29, p. 355-363, 1995.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN).** Resolução COFEN nº 736, de 17 de janeiro de 2024. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 17 jan. 2024. Disponível em: https://sei.cofen.gov.br/sei/controlador.php?acao=documento_imprimir_web&acao_origem=arvore_visualizar&id_documento=237689&infra_siste. Acesso em: 13 nov. 2024.
- DAMIANO, R.F. et al.** Post-COVID-19 psychiatric and cognitive morbidity: preliminary findings from a Brazilian cohort study. *General Hospital Psychiatry*, v. 75, p. 38-45, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2022.01.002>. Acesso em: 10 fev. 2023.
- GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L.; CUBAS, M. R.** CIPE®: uma linguagem padronizada para a prática profissional. In: GARCIA, T. R. (Org.). *Classificação internacional para a prática de enfermagem: versão 2019/2020*. Porto Alegre: Artmed, 2020. p. 21-34.

NORONHA, L. K. et al. Guia de auriculoterapia para ansiedade baseado em evidências. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2020. Disponível em: https://auriculoterapia.paginas.ufsc.br/files/2020/12/Guia-ansiedade-06_12_2020.pdf. Acesso em: 27 maio 2023.

ROHDE, L. E. et al. Diretriz brasileira de insuficiência cardíaca crônica e aguda. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 111, n. 3, p. 436-539, 2018. DOI: <https://doi.org/10.5935/abc.20180190>.

SANTOS, R. O. S. et al. Insuficiência cardíaca no Brasil: enfoque nas internações hospitalares no período de 2010 a 2019. *Revista Saúde*, v. 12, n. 2, p. 37-40, 2021. DOI: <https://doi.org/10.21727/rs.v12i2.2496>.

SILVA, M.M.J. et al. Ansiedade na gravidez: prevalência e fatores associados. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 51, p. e03253, 2017.

ZIGMOND, A.S.; SNAITH, R. P. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, v. 67, n. 6, p. 361-370, 1983. DOI: <[10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716](https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716)>. Acesso em: 5 mar. 2022.