

Pesquisa Multidisciplinar em

CIÊNCIAS CARDIOVASCULARES

Resumos
dos trabalhos apresentados no
39° Simpósio
do Instituto Nacional de Cardiologia



**REVISTA
PESQUISA MULTIDISCIPLINAR
EM CIÊNCIAS CARDIOVASCULARES**

PERIODICIDADE

Bimestral / ANO 3- nº 6

ISSN 2594-8024



REVISTA
PESQUISA MULTIDISCIPLINAR
EM CIÊNCIAS CARDIOVASCULARES

PERIODICIDADE

Bimestral / ANO 3- nº 6

ISSN 2594-8024

CORPO EDITORIAL:
EDITORES ASSOCIADOS

Editor chefe

Luiz Fernando Rodrigues Jr

Editores Associados Internos

Andrea Rocha De Lorenzo

Annie Bello

Cristiane da Cruz Lamas

Luiz Fernando Rodrigues Junior

Marisa Santos

Tereza Cristina Felipe Guimarães

Editores Associados Externos

André Volschan (Pró Cardíaco)

Denizar Vianna Araújo (UERJ)

Glauca Maria Moraes de Oliveira(UFRJ)

Liana Amorim Trotte (UFRJ)

Mario Fritsch Toros Neves (UERJ)

SUMÁRIO

- 5 EDITORIAL**
Luiz Fernando Rodrigues Jr
- 6 Associação entre excesso de peso e qualidade de vida em pacientes com IC NYHA I e II participantes de um ensaio clínico randomizado.**
Elisa Maia dos Santos, Juliana Maradei de Souza, Grazielle Viilas Bôas Huguenin, Eduardo Vera Tibiriça, Annie Seixas Bello Moreira, Andrea Rocha De Lorenzo.
- 8 Associação entre a Qualidade de Vida e o Grau de Percepção da doença na hipercolestomia familiar: um estudo transversal.**
Débora Pinto Gapanowicz, Mariane Andrade Pereira, Ana Caroline De Carvalho Marins, Annie Seixas Bello Moreira.
- 11 A Constituição de um grupo para suporte circulatório por Membrana Extracorpórea em um hospital privado no Rio de Janeiro: Relato de Experiência.**
Jorlenne Teixeira Lima; Theia Maria Forny Wanderley Castellões; José Paulo Lucas Nogueira; Felipe Luiz de Castro Pereira.
- 15 Sangramento Gastrointestinal em pacientes com dispnéia e dor torácica**
Marina Carvalheira , Octávio Drummond Guina, Amanda Velten, Sérgio Dortas Júnior, André de Oliveira, Hildo Neto, Bruno Rayder, Ellen Fernanda das Neves Braga, Gabrielle Calixto, Camila Ribeiro.
- 18 Relato de Caso: Pericardite como manifestação inicial de paciente portador de Febre Reumática.**
Ellen Fernanda das Neves Braga, Octávio Drummond Guina, Gabrielle Assumpção Calixto, Marina Carvalheira, Sérgio Dortas Júnior, André Olivieira.
- 20 Fetividade do Diagnóstico Molecular de pacientes com Cardiomiopatia Hipertrófica em um hospital terciário.**
Marcela Marcelo de Figueiredo, Luciana Castilho Bokehi, Fernando Eugênio dos Santos Cruz Filho, Glauber Monteiro Dias.
- 22 Representação das sensações provocadas pela restrição hídrica em portadores de Insuficiência Cardíaca.**
Adriana Fernandes Duarte Marzullo, Tereza Cristina Felipe Guimarães, Soraya da Costa Vieira, Viviani Christini da Silva Lima.
- 26 Impressões de pacientes sobre Cartilha Educativa para Transplante Cardíaco.**
Nilsa Thamiris Santos de Jesus, Vanessa Viana Marques Tereza Cristina Felipe Guimarães , Soraya da Costa Vieira, Viviani Christini da Silva Lima.

EDITORIAL

Nesta edição, a revista Pesquisa Multidisciplinar em Ciências Cardiovasculares prestigia os resumos aprovados e apresentados no 39º Simpósio do Instituto Nacional de Cardiologia. Como principal referência em cardiologia no Estado do Rio de Janeiro, o Instituto Nacional de Cardiologia tem organizado seu simpósio com sucesso crescente, tanto em relação ao número de participantes no evento quanto ao número de resumos submetidos, com conseqüente aumento na qualidade dos trabalhos apresentados.

Luiz Fernando Rodrigues Jr

Editor Chefe

Associação entre excesso de peso e qualidade de vida em pacientes com IC NYHA I e II participantes de um ensaio clínico randomizado

Autores: *Elisa Maia dos Santos (1º autor), Juliana Maradei de Souza, Grazielle Viilas Bôas Huguenin, Eduardo Vera Tibiriça, Annie Seixas Bello Moreira, Andrea Rocha De Lorenzo.*

*Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)
Universidade Federal Fluminense (UFF)
Instituto Nacional de Cardiologia (INC)*

Palavras chaves: Insuficiência Cardíaca, restrição hídrica, sede, desenho estória

INTRODUÇÃO

A insuficiência cardíaca (IC) apresenta mal prognóstico que reflete-se em limitação funcional gradual e importante, o que gera altos custos para o seu tratamento. Esta limitação impacta diretamente na qualidade de vida (QV) dos pacientes. A baixa QV está relacionada ao maior índice de hospitalizações e maior mortalidade

INTRODUÇÃO

A insuficiência cardíaca (IC) apresenta mal prognóstico que reflete-se em limitação funcional gradual e importante, o que gera altos custos para o seu tratamento. Esta limitação impacta diretamente na qualidade de vida (QV) dos pacientes. A baixa QV está relacionada ao maior índice de hospitalizações e maior mortalidade

OBJETIVO

O objetivo deste estudo foi avaliar a QV de pacientes com IC participantes de um ensaio clínico randomizado. **Materiais e Métodos:** 37 pacientes com idade maior ou igual a 50 anos, com diagnóstico de IC de origem isquêmica, com classe funcional NYHA I ou II e fração de ejeção (FE) reduzida. Foram realizadas avaliação antropométrica e aplicado o questionário Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ) - validado para

a população brasileira para avaliação da QV. Os dados foram analisados pelo software SPSS 23.0 e o nível de significância aceito foi de 5%. Valores expressos em percentual, média±desvio padrão e mediana(P25-75). Todos os pacientes assinaram o TCLE. O estudo foi aprovado pelo Comitê de ética e Pesquisa (CAAE: 56502316.1.0000.5272). Registro no Clinical Trials (NT: NCT03142399).

RESULTADOS

Dos pacientes avaliados 75,7% eram do sexo masculino com idade média 64,9±9,3 anos, 91,9% com história prévia de infarto agudo do miocárdio, 58,8% dislipidêmicos, 73% hipertensos, 48,6% diabéticos, 43% revascularizados e 81,1% apresentavam excesso de peso. A FE média foi de 41,3±7,1% e 75,7% apresentavam classe funcional NYHA I. O escore médio de QV encontrado foi 23,9±15,7 com 57,6% dos pacientes classificados com boa QV, 30,3% moderada e 12,1% com QV ruim. Não foram encontradas diferenças significativas entre gênero e comorbidades com relação à QV ($p>0,05$), porém os pacientes com excesso de peso apresentaram pior QV quando comparados aos eutróficos ($p=0,016$).

DISCUSSÃO / CONCLUSÃO

A maioria dos pacientes deste estudo apresentaram boa QV o que pode estar relacionado a sua classe funcional. Embora a literatura científica mostre relação gênero dependente da QV, isto não foi observado no grupo estudado. A predominância do excesso de peso pode estar associada a hábitos alimentares inadequados necessitando de análise do padrão de consumo destes indivíduos

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bocchi EA, Marcondes-Braga FG, Bacal F, Ferraz AS, Albuquerque D, Rodrigues D. Atualização da diretriz brasileira de insuficiência cardíaca crônica - 2012. *Arq Bras Cardiol.* 2012;98(1):1–33.
2. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JGF, Coats AJS, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur J Heart Fail.* agosto de 2016;18(8):891–975.
3. Heidenreich PA, Albert NM, Allen LA, Blumke DA, Butler J, Fonarow GC, et al. Forecasting the impact of heart failure in the United States: a policy statement from the American Heart Association. *Circ Heart Fail.* maio de 2013;6(3):606–19.
- McMurray JJV. Improving outcomes in heart failure: a personal perspective. *Eur Heart J.* 21 de dezembro de 2015;36(48):3467–70

Associação entre a qualidade de vida e o grau de percepção da doença na hipercolestrolémia familiar: um estudo transversal

Autores: Débora Pinto Gapanowicz¹, Mariane Andrade Pereira¹, Ana Caroline De Carvalho Marins¹, Annie Seixas Bello Moreira^{1,2}

¹Universidade do Estado do Rio de Janeiro

²Instituto Nacional de Cardiologia

Palavras chaves: hipercolesterolemia familiar; dislipidemia; doença arterial coronariana; qualidade de vida; percepção da doença

INTRODUÇÃO

A insuficiência cardíaca (IC) é um agravo crônico de interesse para a saúde pública, por ser uma A A hipercolesterolemia familiar (HF) é uma doença genética associada a altos níveis plasmáticos de LDL-c e ao desenvolvimento prematuro de doenças cardiovasculares (DCV). Acredita-se que o diagnóstico de HF interfira negativamente na qualidade de vida (QV) de seus portadores devido à ansiedade em relação ao desenvolvimento de DCV e mortalidade precoce, assim como, pela preocupação com a saúde de parentes também diagnosticados com HF.

OBJETIVO

Correlacionar as dimensões de percepção da doença e os diferentes domínios da QV de indivíduos diagnosticados com HF

METODOLOGIA

Estudo transversal, envolvendo pessoas diagnosticadas com HF pelo programa de rastreamento genético em cascata de HF no Rio de Janeiro. Dados sociodemográficos e clínicos foram coletados por meio de questionário padronizado. Para avaliação da QV foi aplicado o questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida - Medical Outcomes Study 36 Item Short-Form Health Survey (SF-36). Já

a percepção da doença foi mensurada pelo Questionário de Percepção de Doenças Breve (B-IPQ). Os dados foram analisados utilizando o programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences® (SPSS) versão 23.0 e foi adotado um nível de significância estatístico de 5%.

RESULTADOS/ DISCUSSÃO

Foram avaliados 30 indivíduos diagnosticados com HF, com média de idade de 48,07 anos (23,3% idosos) e em sua maioria mulheres (80%). Observou-se baixos escores de QV principalmente nos domínios estado geral de saúde, com média de $42,60 \pm 13,14$, e vitalidade, com mediana de 55,0 (45,0 – 70,0). O B-IPQ indicou que os indivíduos avaliados não percebiam sua doença como ameaça (score médio de $30,27 \pm 8,96$ em um score total de 70), destacando-se os escores mais baixos na representação cognitiva da doença. A correlação entre as dimensões de percepção da doença e os diferentes domínios da QV, segundo o SF-36, mostrou correlações negativas moderadas entre o score total do B-IPQ e os domínios capacidade funcional ($R = -0,548$, $p = 0,002$), aspectos físicos ($R = -0,551$, $p = 0,002$), dor ($R = -0,488$, $p = 0,006$), estado geral de saúde ($R = -0,442$, $p = 0,014$), aspectos sociais ($R = -0,478$, $p = 0,008$) e saúde mental ($R = -0,425$, $p = 0,019$).

CONCLUSÃO

Embora pessoas diagnosticadas com HF apresentem percepção da gravidade da doença e QV baixas, há uma relação inversa entre estes parâmetros. Sendo assim, os indivíduos que melhor compreendem a gravidade da doença são

aqueles que mais sentem suas consequências

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Akioyamen LE, Genest J, Shan SD, Inibhunu H, Chu A, Tu JV. Anxiety, depression, and health-related quality of life in heterozygous familial hypercholesterolemia: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*. 2018;109:32-43
2. Harada-Shiba M, Arai H, Ishigaki Y, et al. Guidelines for Diagnosis and Treatment of Familial Hypercholesterolemia 2017. *J Atheroscler Thromb*. 2018;25(8):751-770.
3. Jannes CE, Santos RD, de Souza Silva PR, et al. Familial hypercholesterolemia in Brazil: Cascade screening program, clinical and genetic aspects. *Atherosclerosis*. 2015;238(1):101-107.
4. Mata N, Alonso R, Banegas JR, Zambon D, Brea A, Mata P. Quality of life in a cohort of familial hypercholesterolemia patients from the south of Europe. *The European Journal of Public Health*. 2014;24(2):221-225.
5. Mortensen GL, Madsen IB, Kruse C, Bundgaard H. Familial hypercholesterolaemia reduces the quality of life of patients not reaching treatment targets. *Dan Med J*. 2016;63(5).
6. Nordestgaard BG, Chapman MJ, Humphries SE, et al. Familial hypercholesterolaemia is underdiagnosed and undertreated in the general population: guidance for clinicians to prevent coronary heart disease: Consensus Statement of the European Atherosclerosis Society. *European Heart Journal*. 2013;34(45):3478-3490.
7. Mortensen GL, Madsen IB, Kruse C, Bundgaard H. Familial hypercholesterolaemia reduces the quality of life of patients not reaching treatment targets. *Dan Med J*.

2016;63(5).

7. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992;30(6):473-483.

8. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire. *Journal of psychosomatic research*. 2006; 60(6), 631-637

A constituição de um grupo para suporte circulatório por membrana extracorpórea, em um hospital privado no Rio de Janeiro: relato de experiência

Autores: Jorlenne Teixeira Lima ^{1, 2} ; Theia Maria Forny Wanderley Castelloes ^{3, 4} ; José Paulo Lucas Nogueira ⁵ ; Felipe Luiz de Castro Pereira ^{1, 6}

¹Enfermeira assistencial no GRACEC. ²Enfermeira assistencial na Unidade Coronariana do Hospital Américas Medical City. ³Enfermeira coordenadora do complexo intensivo do Hospital Américas Medical City. ⁴Mestre pela UERJ. ⁵Perfusionista. ⁶Coordenador GRACEC.

INTRODUÇÃO

A constituição do grupo para Suporte Circulatório por Membrana Extracorpórea (ECMO), surgiu da necessidade em atender pacientes que precisam do ECMO em uma instituição privada na cidade do Rio de Janeiro. Após a realização do primeiro ECMO no hospital que ocorreu em 12/2014, a equipe que realizou o suporte sentiu necessidade de ser aprimorada, já que a assistência ao paciente em ECMO era algo novo para esses profissionais.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência, elaborado no contexto da formação de um grupo multidisciplinar, que presta assistência ao paciente em ECMO. O objetivo da formação do GRACEC é realizar assistência ao paciente em uso da ECMO por profissionais especializados e treinados com expertise para intervir nas complicações e intercorrências decorrentes dessa assistência. A relevância desse relato de experiência se dá,

pois a assistência em ECMO é definida pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) como de alto risco e complexidade, precisando o profissional ser habilitado, a fim de prestar assistência dentro dos moldes que a complexidade dessa modalidade de suporte exige

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A estruturação do GRACEC teve como referencial teórico a ELSO, o GRACEC é composto por: 03 médicos com especialidade em Terapia Intensiva, ECMO e Pediatria Intensiva, 01 perfusionista, 19 enfermeiros, todos com experiência em Unidade de Terapia Intensiva e com especialização nas áreas de: Terapia Intensiva, Cardiologia, Controle de Infecção, Clínica Médica, Perfusão, Docência e Enfermagem do Trabalho. O especialista em ECMO do GRACEC é apto:

- Preparar o circuito extracorpóreo da ECMO, para a canulação.

- O controle da bomba (rotação e fluxo), da membrana, o fluxo de gases, da coagulação, do hematócrito, da gasometria e do ventilador artificial.

- Realizar ajuste na infusão da heparina.

- Monitorar a transfusão de sangue, derivados e sinais vitais.

- Realizar coleta de laboratório.

- Fazer o controle da hemofiltração através do circuito.

- Ajustar a infusão de drogas vasoativas, inotrópicas e volumes conforme programação e ou intercorrências.

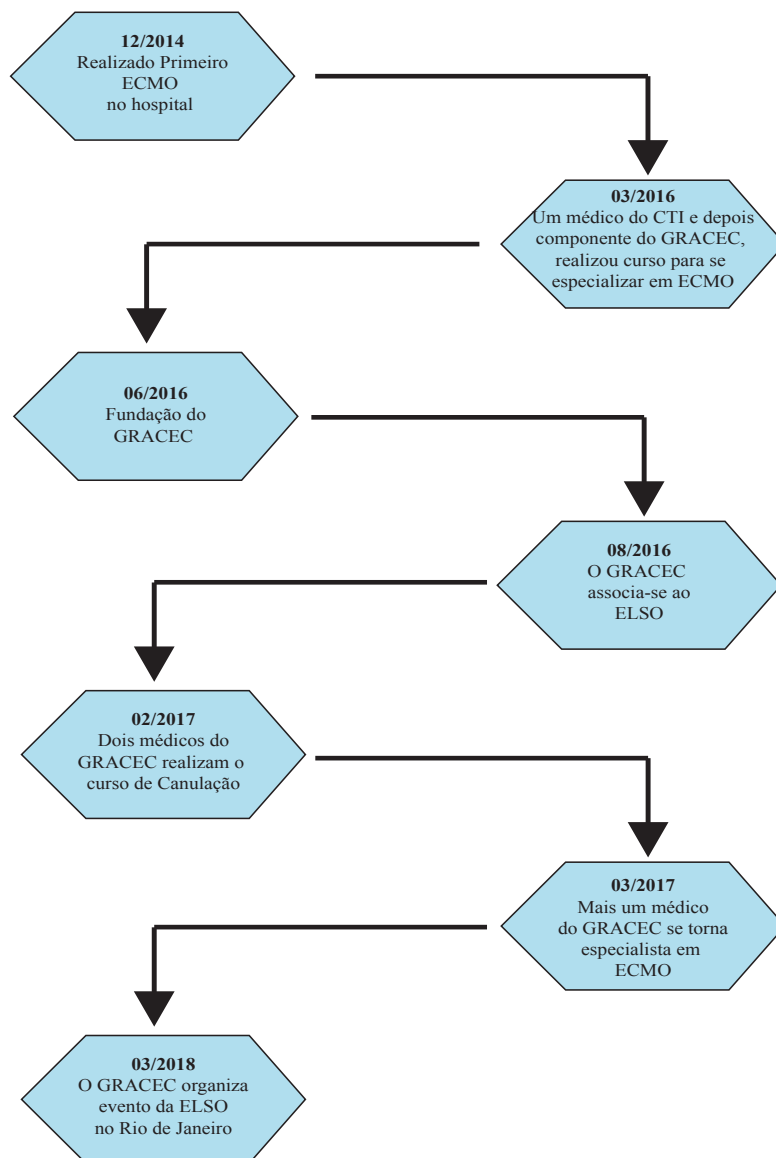
TABELA I
Identificação dos treinamentos e sua respectiva carga horária

TREINAMENTO	CARGA HORÁRIA
Teórico inicial	40horas
Prático: Centro de Simulação Realística	60 horas
Prático: Centro Cirúrgico	80 horas
Prático: Beira Leito	80 horas
Treinamento mensal	12 horas

TABELA II
Apresentação do número de ECMO realizado pelo GRACEC

ANO	ADULTO	PEDIÁTRICO	TOTAL
2015	3	0	3
2016	4	0	4
2017	2	3	5
2018	6	3	9
			21

Figura I – Cronologia da formação do GRACEC



CONSIDERAÇÕES FINAIS

A estruturação do GRACEC ocorre dentro do cenário mundial crescente da utilização da ECMO, hoje compõe um dos 18 centros de referência em ECMO cadastrados pela ELSO no Brasil, sendo o primeiro membro da ELSO no Rio de Janeiro responsável pela ECMO pediátrica e adulta em um hospital terciário.(6) Sua estrutura atual consegue cumprir os

objetivos propostos pelo GRACEC, que são assistir ao paciente em uso da ECMO por profissionais especializados e treinados com expertise para intervir nas complicações e intercorrências decorrentes dessa assistência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Diretrizes da ELSO. Disponível em <<https://www.else.org/Resources/Guidelines.aspx>>. Acesso em: 18 de out.2018.
- 2- Visão global da ELSO. Disponível em <<https://www.else.org/AboutUs/Overview.aspx>>. Acesso em: 18 de out. 2018.
- 3- Diretrizes da ELSO para centros de ECMO. Disponível em <<https://www.else.org/Portals/0/IGD/Archive/FileManager/faf3f6a3c7cusersshyerdocumentselsoguidelinesecmocentersv1.8.pdf>>. Acesso em: 22 de out. 2018.
- 4- Souza, M.H.L; Elias, D.O. Fundamentos da Circulação Extracorpórea. Centro Editorial Alfa Rio. Segunda Edição. Rio de Janeiro, 2006.
- 5- Maksoud, J.G. ECMO (oxigenação extracorpórea por membrana): artigo de revisão. Disponível em <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=230>. Acesso em: 19 de out. 2018.
- 6- Centros Diretórios da ELSO. Disponível em <<https://www.else.org/Membership/CenterDirectory.aspx>>. Acesso em: 26 de out. 2018.

Sangramento gastrointestinal em paciente com dispneia e dor torácica. Devemos considerar o diagnóstico de síndrome de Heyde?

Autores: Marina Carvalheira¹, Octávio Drummond Guina^{1,2}, Amanda Velten¹, Sérgio Dortas Júnior¹, André de Oliveira¹, Hildo Neto¹, Bruno Rayder¹, Ellen Fernanda das Neves Braga¹, Gabrielle Calixto¹, Camila Ribeiro¹

¹ Instituto Nacional de Cardiologia (INC)

² Hospital Geral de Nova Iguaçu (HGNI)

Palavras chaves: Síndrome de Heyde, estenose aórtica, hemorragia gastrointestinal, angiodisplasia.

INTRODUÇÃO

A síndrome de Heyde é uma doença caracterizada pela presença de estenose aórtica em associação a hemorragia intestinal devido a uma angiodisplasia e consequente anemia. Mesmo sendo uma doença silenciosa, a estenose aórtica é comum e devemos lembrar que a estenose aórtica grave é que tem maior chance de causar um evento trombótico e de sangramento, acometendo até 25% dos pacientes com valvopatias crônicas. Ao determinar como diagnóstico essa síndrome, seu simples diagnóstico deve ser realizado para precoce programação do tratamento cirúrgico para troca de valva aórtica que é o padrão-ouro e apresenta melhor desfecho na diminuição do risco de sangramentos futuros.

OBJETIVO

H.C.M., masculino, 53 anos, hipertenso e dislipidêmico, admitido na emergência de um hospital geral em 13/08/17 com quadro de enterorragia e adinamia há cerca de 20 dias. Relata que há 8 meses apresenta dispneia aos grandes esforços, pior no último mês, ocorrendo aos pequenos esforços, além do surgimento de torácica atípica concomitante à piora do quadro de dispneia. Negava síncope.

Ao exame físico, encontrava-se em regular estado geral, lúcido, orientado, hipocorado 2+/4+, extremidades quentes. Pressão arterial de 130x70 mmHg, frequência cardíaca 90 bpm e frequência respiratória de 18 irpm. Ausculta cardiovascular com ritmo regular em dois tempos, bulhas normofonética, sem sopros. Pulmões limpos. Abdome e membros inferiores sem alterações relevantes. Exames

laboratoriais de admissão demonstravam hemoglobina de 6,4 g/dl, hematócrito de 19,5%, creatinina 1,24 mg/dl e uréia 44 mg/dl. Ecocardiograma transtorácico revelando função de ventrículo esquerdo preservado, fração de ejeção de 58% e estenose aórtica grave, com área valvar de 0,8 cm², gradiente médio de 48 mmHg e gradiente máximo de 74 mmHg. Ainda na emergência, recebeu dois concentrados de hemácias. Após estabilização do quadro, foi submetido à colonoscopia em 17/08/2017, revelando angiodisplasia em cólon ascendente proximal, sendo aventada a hipótese de síndrome de Heyde. Devido ao grau de estenose aórtica, houve indicação de troca valvar aórtica. O paciente transferido para um hospital de referência em cardiologia, onde realizou o implante de válvula aórtica biológica em 30/08/2017, recebendo alta em 12/09/2017.

DISCUSSÃO

A síndrome de Heyde foi descrita em 1958 por E.C. Heyde e em 1992 Warkentin et al observou sua relação com o fator de Von Willebrand. Apresenta-se como uma doença rara apesar da estenose aórtica ser a doença valvar aórtica mais frequente na população acima de 75 anos. Em geral, a síndrome não é elucidada como primeiro diagnóstico diferencial em casos de sangramento gastrointestinais, visto que a estenose aórtica é uma doença pouco diagnosticada, assim como sua associação com sua associação com tal valvulopatia.

A estenose aórtica é cada vez mais prevalente com o envelhecimento da população, tendo como sua principal etiologia a degeneração da valva. Ao ter essa patologia determinada, a degeneração da valva causa uma diminuição na passagem de fluxo do ventrículo esquerdo para a

aorta e sua calcificação resulta na diminuição do orifício valvar. Logo, ao passar sangue por essa estrutura estenosada, ocorre a passagem também do fator de Von Willebrand responsável pela mediação da adesão plaquetária no vaso, que devido a alta força de cisalhamento sofre proteólise de multímeros pela enzima ADAM TS13. Isso acaba resultando na diminuição da adesão plaquetária causando quadro de hemorragia digestiva visto que os multímeros são essenciais para a hemostase em locais de elevado fluxo sanguíneo como são nos casos das angiodisplasias.

O diagnóstico deve ser feito com ecocardiograma transtorácico sendo avaliado a a velocidade do jato (m/s), gradiente médio (mmHg) e a área valvar (cm²). Podemos classificar a estenose aórtica como discreta, moderada e importante, sendo essa última descrita com a presença dos seguintes parâmetros: velocidade de jato > 4 m/s, gradiente médio > 40 mmHg, área valvar <0,8 cm².

O tratamento é reservado a casos específicos, devendo levar em consideração o risco benefício do procedimento de troca de valva. Nos casos de paciente com alto risco cirúrgico devemos ter como possibilidade a implantação percutânea de valva aórtica, geralmente indicada a valva biológica visto que apresenta maiores benefícios por não necessitar de anticoagulação e tem a menor chance de recorrência pós substituição valvular.

CONCLUSÃO

A síndrome de Heyde deve ser considerada a partir de uma história clínica e exame físico que se complementam. A história clínica torna-se um elo importante na abordagem visto que devemos

excluir patologias mais comuns no caso de uma enterorragia isolada como pólipos intestinais, divertículos, retocolite ulcerativa, hemorroidas, tumor benignos e malignos, e também excluir causas de precordialgia como síndrome coronariana aguda. Com a complementação dos exames de imagem, confirmando essa relação, a melhor medida terapêutica que deve ser proposta como padrão-ouro é a troca da valva aórtica.

Logo, a importância de nos atentarmos a esse diagnóstico é promover o mais precoce possível a indicação cirúrgica visto que essa patologia acomete principalmente pacientes idosos e que na maioria dos casos já possuem outra comorbidade, podendo dificultar a abordagem terapêutica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Katz, M; Tarasoutchi, F; Grinberg, M. Estenose aórtica grave em pacientes assintomáticos: o dilema do tratamento clínico versus cirúrgico. Arq. Bras. Cardiol. Vol 95. No.4, São Paulo, 2010

Figuinha, FCR; Spina, GS; Tarasoutchi, F. Síndrome de Heyde: relato de caso e revisão de literatura. Arq. Bras. Cardiol. Vol96. No.3, São Paulo, 2011

Godinho, AR; Amorim, S; Campelo, M; Martins, E; Rodriguez, EL; Coelho, R; Macedo, G; Maciel, MJ. Estenose aórtica grave: associações esquecidas. Revista Portuguesa de Cardiologia. Vol33. No.9, Portugal, 2014

Tarasoutchi F, Montera MW, Grinberg M, Barbosa MR, Piñeiro DJ, Sánchez CRM, Barbosa MM, Barbosa GV et al. Diretriz Brasileira de Valvopatias - SBC 2011 / I Diretriz

Interamericana de Valvopatias - SIAC 2011. Arq Bras Cardiol 2011; 97(5 supl. 1): 1-675

Balbo, CP; Seabra, LP; Galoro, VG; Caputi, G; Palma, JH; Buffolo, E. Síndrome de Heyde e Implante de Válvula Aórtica por Cateter. Arq. Bras. Cardiol. Vol 108. No 4, São Paulo, 2017

Relato de caso: pericardite como manifestação inicial de paciente portador de febre reumática

Autores: Ellen Fernanda das Neves Braga¹, Octávio Drummond Guina^{1,2}, Gabrielle Assumpção Calixto¹, Marina Carvalheira¹, Sérgio Dortas Júnior¹, André Olivieira¹

² Instituto Nacional de Cardiologia (INC)

¹ Hospital Geral de Nova Iguaçu (HGNI)

INTRODUÇÃO

A febre reumática é uma complicação tardia decorrente da infecção estreptocócica de orofaringe. Acomete preferencialmente crianças em idade escolar e adolescentes. Seu diagnóstico é clínico e amparado pelos critérios de Jones modificados, de 1992, que se sustenta como padrão ouro. O acometimento cardiológico desta entidade é variado, precoce, podendo aparecer como primeira manifestação da doença, comumente representa sequela importante a esta faixa etária e até mesmo o óbito. A pericardite isolada não é comum. Os esforços dos serviços de saúde em prevenir tal enfermidade se baseiam em garantir a não recorrência de infecções estreptocócicas a estas populações.

RELATO DE CASO

Relato de caso: P.H.G. masculino, 14 anos, residente no Rio de Janeiro, foi admitido na emergência de um hospital geral em 10/10/18 com quadro de febre elevada e dor torácica tipo ventilatório-dependente há cerca de 15 dias. Nega pródromos gripais. Ao exame físico, apresentava bom estado geral, corado, hidratado. Pressão arterial de 110x60 mmHg, frequência cardíaca de 98 bpm e respiratória de 24 irpm. Ausculta cardíaca revelava ritmo regular em dois tempos, bulhas normofonéticas, presença de atrito pericárdico.

Pulmões limpos. Abdome e membros inferiores sem alterações ao exame. Laboratório evidenciava hemoglobina de 12,5 g/dl, creatinina 0,7 mg/dl, leucócitos 4.500 mil/mm³, troponina negativa, proteína C reativa 193 e anti-estreptolisina O 379 (ambas elevadas). Eletrocardiograma com supra desnivelamento do segmento ST de V2 até V6, com infra desnivelamento em aVR. Ecocardiograma demonstrava função de ventrículo esquerdo preservada, ausência de alterações segmentares, válvulas

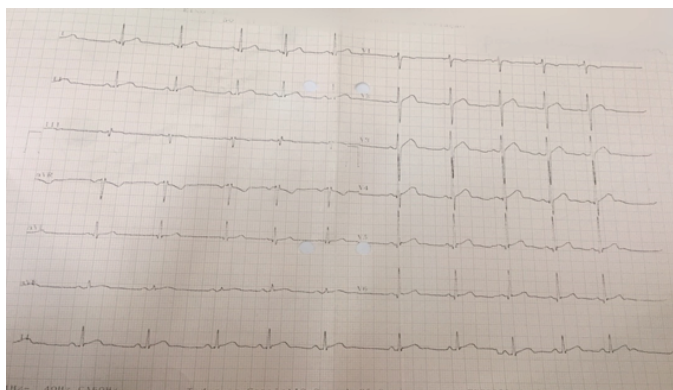
normofuncionantes e pericárdio com deslizamento anormal de seus folhetos, sugerindo pericardite. Devido aos achados, o paciente foi diagnosticado com cardite leve secundário à febre reumática, de acordo com os critérios de Jones, sendo instituída terapia com anti-inflamatório. O paciente apresentou boa resposta clínica e laboratorial, recebendo alta hospitalar em 24/10/2018

DISCUSSÃO

A pericardite isolada secundária à FR não é comum, estando frequentemente associada a lesão valvar. Seu diagnóstico é sugerido no exame físico pelo atrito pericárdico, dor pleurítica ou desconforto torácico, associada a hipofonese de bulhas. Exames complementares corroboram a hipótese diagnóstica.

CONCLUSÃO

O acometimento cardiológico desta entidade é variado, precoce, podendo aparecer como primeira manifestação da doença. Comumente as falhas na atenção primária e até mesmo no acesso a este reconhecimento acarreta a cada ano um aumento desta comorbidade principalmente nas populações mais carentes podendo representar sequela importante a esta faixa etária e até mesmo o óbito se não identificada e tratada corretamente.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Ministério da Saúde (BR) [internet]. Sistema de informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>.
- 2) Pereira BAF; Associação Médica, Sociedade Brasileira de Pediatria. Projeto Diretrizes: Febre Reumática [internet]. 2002. Disponível em http://projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/051.pdf
- 3) Oliveira J.J. et al, Doenças Reumáticas, Arquivo Brasileiro de Cardiologia, Vol. 63, nº1, São Paulo 1997
- 4) Diretrizes Brasileiras para o Diagnóstico, Tratamento e Prevenção da Febre Reumática, Arquivo bras. Cardiol. Volume 93 nº 3. supl.4, São Paulo Sept. 2009

Fetividade do diagnóstico molecular de pacientes com cardiomiopatia hipertrófica em um hospital terciário

Autores: Marcela Marcelo de Figueiredo, Luciana Castilho Bokehi, Fernando Eugênio dos Santos Cruz Filho, Glauber Monteiro Dias

Instituto Nacional de Cardiologia (INC)

Palavras chaves: Síndrome de Heyde, estenose aórtica, hemorragia gastrointestinal, angiодisplasia.

INTRODUÇÃO

A febre reumática é uma complicação tardia decorrente da infecção estreptocócica de orofaringe. Acomete preferencialmente crianças em idade escolar e adolescentes. Seu diagnóstico é clínico e amparado pelos critérios de Jones modificados, de 1992, que se sustenta como padrão ouro. O acometimento cardiológico desta entidade é variado, precoce, podendo aparecer como primeira manifestação da doença, comumente representa sequela importante a esta faixa etária e até mesmo o óbito. A pericardite isolada não é comum. Os esforços dos serviços de saúde em prevenir tal enfermidade se baseiam em garantir a não recorrência de infecções estreptocócicas a estas populações.

INTRODUÇÃO

A cardiomiopatia hipertrófica (CMH) é a doença cardíaca hereditária mais frequente, com uma prevalência de cerca de 1:200 na população geral. O grau de comprometimento das fibras musculares pode estar relacionado com fatores de risco para morte súbita cardíaca (MSC). As alterações morfo-estruturais são resultado da expressão de variantes genéticas deletérias em

proteínas sarcoméricas e não sarcoméricas. O diagnóstico molecular da CMH é útil na confirmação da etiologia da doença, estratificação de risco de famílias com MSC, para o diagnóstico diferencial de fenocópias, e na identificação de portadores assintomáticos em risco.

OBJETIVO

Avaliar efetividade do diagnóstico molecular em pacientes com CMH em um hospital terciário.

METODOLOGIA

O diagnóstico molecular de CMH no Instituto Nacional de Cardiologia (INC) é realizado pelo sequenciamento de nova geração (NGS), utilizando um painel com 52 genes associados à cardiomiopatia hereditária. Os resultados encontrados no sequenciamento foram tabulados em Microsoft Excel 2010 e foram feitas análises de frequência da ocorrência das variantes, classificação das variantes quanto ao efeito clínico e sua localização genômica.

RESULTADOS

Foram analisados 76 diagnósticos moleculares de CMH dos quais, 51 (67%) apresentaram variantes genéticas, com 15 (29%) pacientes portando mais de uma variante. Cinquenta e seis por cento das variantes encontradas pertencem aos 3 genes mais prevalentes (MYH7, MYBPC3 e TNNT2). Foram identificadas 69 variantes genéticas, sendo 20 patogênicas, 19 provavelmente patogênicas e 30 de significado incerto (VSI). Dentre as variantes patogênicas e provavelmente patogênicas, 17 foram encontradas no gene MYH7, 11 no gene MYBPC3 e 4 no TNNT2, as demais variantes foram distribuídas em 7 genes. Dentre as VSI, a maioria das variantes foram localizadas nos genes MYBPC3 (4), TPM1 (4) e MYH7 (3), as demais variantes foram distribuídos em 17 genes.

CONCLUSÕES

O diagnóstico molecular realizado por meio do sequenciamento NGS de um painel multi-gênico apresentou taxas de positividade em torno de 67%, semelhante ao encontrado em outros

estudos. Este resultado demonstra a importância das ferramentas moleculares, no auxílio da investigação etiológica da CMH.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Semsarian C., Ingles J., Maron M.S., Maron B.J. New perspectives on the prevalence of hypertrophic cardiomyopathy. *J Am Coll Cardiol.* 2015; 65(12):1249-54.

Representação das sensações provocadas pela restrição hídrica em portadores de insuficiência cardíaca

Autores: Adriana Fernandes Duarte Marzullo¹, Tereza Cristina Felipe Guimarães¹, Soraya da Costa Vieira², Viviani Christini da Silva Lima¹

¹Enfermeira - Instituto Nacional de Cardiologia

²Nutricionista - Instituto Nacional de Cardiologia

Palavras chaves: Insuficiência Cardíaca, restrição hídrica, sede, desenho estória

INTRODUÇÃO

A insuficiência cardíaca (IC) é um problema de saúde pública associado a pouca adesão ao tratamento. Como determinante da adesão está a complexidade do tratamento que, dentre outras medidas, inclui a restrição hídrica e a conseqüente queixa de sede intensa dos pacientes. Objetivo: Descrever as sensações provocadas pela restrição hídrica em portadores de insuficiência cardíaca

OBJETIVO

Descrever as sensações provocadas pela restrição hídrica em portadores de insuficiência cardíaca.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, de abordagem qualitativa, pontuado teoricamente pelo quadro das representações sociais e aplicação de multitécnicas de coleta de dados - Técnica de Desenho Estória com Tema e entrevistas semiestruturadas - a uma amostra de conveniência de 20 sujeitos com diagnóstico de

IC sistólica. As falas dos sujeitos foram submetidas a análise de conteúdo de Bardin. O

estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da instituição e aprovado.

RESULTADOS

As idades dos sujeitos variaram de 21 a 65 anos e todos estavam internados no momento da coleta de dados. Mais da metade era do sexo masculino, casada e com restrição hídrica de 1000 ml/dia. A amostra foi heterogênea em relação ao nível de escolaridade, e a população feminina mostrou-se vulnerável em relação à ajuda para o autocuidado, quando comparada a população masculina. Foi identificado o impacto da restrição hídrica em aspectos físicos e psicossociais.

DISCUSSÃO

O procedimento Desenho estória com tema se mostrou valioso para desvelar as sensações dos sujeitos. Percebe-se a necessidade de aproximação da família no processo do cuidado e reflexão sobre a individualização das condutas traçadas para a restrição hídrica dos pacientes, uma vez que a sensação de sede pode indicar desequilíbrio dos processos fisiológicos. A valorização das sensações referenciadas pelos pacientes durante o tratamento é importante para romper com o paradigma da restrição de líquido severa para todos.

CONCLUSÃO

A sensação dos sujeitos é de desconforto físico e emocional por referirem sintomatologia que remete a desidratação e privação de algo que lhes é caro. A conduta terapêutica individualizada é uma recomendação alinhada às boas práticas e ao cuidado integral da pessoa que convive com IC

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARONI, P. RIBEIRO, R.P., FONSECA, L.F.,
Elaboração e validação de escala de avaliação da sede no paciente cirúrgico: nota prévia. Semina: Ciências Biológicas e da saúde, Londrina, v. 36, n. 1. Supl, p 311-316, ago.2015.
2. Bacal F, Souza-Neto JD, Fiorelli AI, Mejia J, Marcondes-Braga FG, Mangini S, et al. II Diretriz Brasileira de Transplante Cardíaco. Arq Bras Cardiol.2009;94(1 supl.1):e16e73
3. BOCCHI EA, Marcondes-Braga FG, Bacal F, Ferraz AS, Albuquerque D, Rodrigues D, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Atualização da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica - 2012. Arq Bras Cardiol 2012; 98(1 supl. 1): 1-33
4. BOCCHI EA, Marcondes-Braga FG, Ayub-Ferreira SM, Rohde LE, Oliveira WA, Almeida DR e cols. Sociedade Brasileira de cardiologia. III Diretriz Brasileira De Insuficiencia cardíaca Crônica. Arq Bras Cardiol 2009;93(1 supl.1):1-71
5. CLINE CMJ et al. Health-related quality of de life in elderly patients with herat failure. Scand Cardiovasc J. v. 33, p 278-85, 1999.
6. CRISTÓVÃO, AFAJ. Fluid and dietary restriction's efficacy on chronic kidney disease patients in hemodialysis. Rev Bras Enferm. 2015;68(6):842-50. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.20156806>
7. DATASUS. Morbidade Hospitalar do Sus. Ministério da Saúde – Sistemas de Informações Hospitalares do Sus (SIH/SUS) 2012.
8. DUNDERDALE. K. et al. Quality of life measurement in chronic heart failure: do we take account of the patient perspective? The Eur J Heart Failure, V. 7 p 572-82.2005.
9. FERREIRA, Hellen Pimentel. O impacto da doença crônica no cuidador / são Paulo. Brasil
10. FUREGATO, A.R.F; OGATA, M.N; VIEIRA, M.T. Produção de conhecimento em representações sociais na enfermagem. Revista de Ciências Humanas. Florianópolis. EDUFSC. Especial Temática, p.105-116, 2002.
11. FAYER, P.M.; MACHIN. D. Quality of life. Assesment, analysis and interpretation. Chichester, England; jonh Wiley & Sons, p.3.2007.
12. GOIS, C. F. L. AGUIAR, M. O.; SANTOS, V., RODRIGUEZ, E. O. L. Fatores estressantes para pacientes submetidos a cirurgia cardíaca. Investigación y Educaión em Enfermería Medellín, v, 30, n.3, p. 312-9,

- 2012.
13. GERHARDT, T.E; SILVEIRA, D.T. (org). Métodos de pesquisa. Coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.
14. GUSMÃO JL, Mion Jr. D. Adesão ao tratamento – conceitos Rev Bras Hipertens vol.13(1): 23-25, 2006.
15. HOLST M et al. Fluid restriction in heart failure patients: is it useful? The design of a prospective, randomised study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. V. 2, p 237-42,2003.
16. HOLST M et al. Description of self-reported fluid intake and its effects on body weights, symptoms, quality of life and physical capacity in patients with stable chronic heart failure. *Journal of Clinical Nursing*. V. 17, p. 2318-26,2008.
17. HUNT SA, Abraham WT, Chin MH, Feldman AM, Francis GS, Ganiats TG, Jessup M, Konstam MA, Mancini DM, Michl K, Oates JA, Rahko PS, Silver MA, Stevenson LW, Yancy CW. ACC/AHA 2005 guideline update for the diagnosis and management of chronic heart failure in the adult—summary article: a report of the American College of Cardiology/American Heart
18. LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. Fundamentos de metodologia científica. São Paulo: Atlas, 1991. 270 p.
19. Linhares JC, Aliti GB, Castro RA, Rabelo ER. Prescrição e realização do manejo não farmacológico para pacientes com insuficiência cardíaca descompensada. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. nov-dez 2010.
20. MEDEIROS, Lays Pinheiro de, Mayara Beatriz da Costa Souza, Juliana Fernandes de Sena, Marjorie Dantas Medeiros Melo, Jéssika Wanessa Soares Costa, Isabelle Katherinne Fernandes) Costa. Modelo de Adaptação de Roy: revisão integrativa dos estudos realizados à luz da teoria
21. MIRANDA, F.A.N.; FUREGATO, A.R.F. Instrumento projetivo para estudos de representações sociais na saúde mental. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.*(Ed. port.), Ribeirão Preto, v. 2, n. 1, 2006.
22. MELO, Graça. A experiência vivida de homens (cônjuges) que cuidam de mulheres com demência. *Rev. bras. geriatr. Gerontol.* Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 319-330, dez. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232009000300319&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 05 jun. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2009.00002>.
23. MITJA LAINSCAK, Lynda Blue, Andrew L Clark, Ulf Dahlström, Kenneth Dickstein, Inger Ekman, Theresa McDonagh, John J McMurray, Mary Ryder, Simon Stewart, Anna Strömberg and Tiny Jaarsma, Self-care management of heart failure: practical recommendations from the Patient Care Committee of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology, 2011, *EUROPEAN JOURNAL OF HEART FAILURE*, (13), 2, 115-126.
24. OLIVEIRA, S.L. Tratado de metodologia científica. Projetos de pesquisas, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses. São Paulo: Pioneira Thomson Learning Ltda, 2001.
25. PATRIOTA, L.M. Teoria das Representações Sociais: Contribuições para a apreensão da realidade. Serviço Social em Revista v.10, n.1 - jul/dez/2007. Disponível em <<http://www.ssrevista.uel.br>>. Acesso em: 5 de fevereiro de 2014
26. RABELO E.R., ALITI G.B., DOMINGUES F.B., RUSCHEL K.B., BRUN. A.O. O que ensinar aos

pacientes com insuficiência cardíaca e por quê: O papel dos enfermeiros em clínicas de insuficiência cardíaca. . Rev Latino-am Enfermagem 2007.

27. ROSSI NETO, J.M. A dimensão do problema da IC do Brasil e do Mundo. Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo, v.1, p1-10 2004

28. SACCONANN, I.C.R.S.; CINTRA, F.A.; GALLANI, M.C. B.J. Psychometric proprieties of the Minnesota living With Heart failure-Brazilian version- in the elderly. Qual Life Res, v. 16,p997-1005,2007.

29. SAHADE, Viviane and MONTERA, Vanessa dos Santos Pereira. Tratamento nutricional em pacientes com insuficiência cardíaca. Rev. Nutr. [online]. 2009, vol.22, n.3, pp.399-408. ISSN 1678-9865.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732009000300010>.

30. SILVA, S.É.D; CAMARGO, B.V; PADILHA, M.I. A teoria das representações sociais nas pesquisas da enfermagem brasileira. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 64, n. 5, p. 947-951, 2011.

31. SIN,M.K. et al. Personal characteristic, health status, physical activity and quality of life in cardiac rehabilitation participants. Inter.J.Nurs.Studies, v. 41, p 173-81,2004.

32. TIMERMAN.A.; PEREIRA. MP. Tratamento atual da insuficiência cardíaca congestiva. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo, v.10.n,1,jan/fev.p 65-75.2000.

33. TRAVERS B et al. Fluid restriction in te management of decompensated heart failure: no impacto n time to clinical satbility. J Cardiac Fail. V. 13, p. 128-32,200

Impressões de pacientes sobre cartilha educativa para transplante cardíaco

Autores: Nilsa Thamiris Santos de Jesus¹, Vanessa Viana Marques¹, Tereza Cristina Felipe Guimarães¹, Soraya da Costa Vieira², Viviani Christini da Silva Lima¹

¹Enfermeira - Instituto Nacional de Cardiologia

²Nutricionista - Instituto Nacional de Cardiologia

Palavras chaves: Transplante cardíaco; Educação em saúde; Materiais de ensino; estudos de validação; enfermagem

INTRODUÇÃO

A insuficiência cardíaca (IC) é um agravo crônico de interesse para a saúde pública, por ser uma A O transplante cardíaco (TxC) é um procedimento cuja adesão do paciente ao tratamento exerce importante impacto. Materiais educativos impressos auxiliam na adesão, porém deve-se atentar para sua adequação e aceitabilidade, inclusive na perspectiva do usuário

OBJETIVOS

Descrever as impressões de pacientes sobre cartilha educativa para TxC.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, de abordagem quanti-qualitativa, que avaliou uma cartilha educativa para transplante cardíaco através do formulário SAM adaptado e entrevista semiestruturada na perspectiva de uma amostra de 19 sujeitos. Tal cartilha é produto do mestrado em ciências cardiovasculares do Instituto Nacional de Cardiologia e com registro no Escritório de Direitos Autorais, tendo seus autores autorizado seu uso no estudo. Para análise dos dados foram utilizadas a frequência das repostas na escala Likert do f

ormulário SAM adaptado e a análise semântica dos comentários adicionados a cada item deste formulário e de entrevistas semiestruturadas. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da instituição e aprovado.

RESULTADOS

As idades dos sujeitos variaram de 21 a 66 anos, com mais da metade em idade produtiva, sexo masculino e casada. Destes, 47% estava em avaliação para TxC, 68% tinham participado de grupo educativo sobre TxC e 52% estava tendo seu primeiro contato com a cartilha no momento da pesquisa. Das respostas obtidas no formulário SAM adaptado emergiram três categorias: Conteúdo, Formatação e Estímulo/Motivação. Dos

comentários no formulário e na entrevista semiestruturada foram elaboradas seis categorias: A) Cartilha e diálogo com o profissional se complementam; B) É preciso ler mais de uma vez; C) Quantidade de informação; D) Qualidade da cartilha; E) Motivadora; F) Adequação.

DISCUSSÃO

A cartilha é clara, motivadora, informativa, útil e não exclui o diálogo com o profissional de saúde. A validação de uma estratégia educativa com peritos que emitam parecer sobre seu conteúdo deve ser preocupação do profissional de saúde, mas a opinião do paciente que vivencia a experiência discutida na cartilha torna o material dinâmico e participativo. Tal conteúdo também deve ser complementado com estratégias como grupos educativos, visitas domiciliares e rodas de conversa.

CONCLUSÃO

A cartilha tem bom nível de qualidade, aceitabilidade e adequação ao estilo de vida da amostra estudada. O estudo atingiu seu objetivo, porém ainda são necessários estudos de validação complementares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, D. C. et al. BREATHE: Características, Indicadores e Desfechos. *ArqBrasCardiol.* 2014;

ARAÚJO, M. M. et al. Insuficiência cardíaca: características sociodemográficas e clínicas de pacientes. *Revenferm UFPE online.*, Recife, 7(9):5383-7, set., 2013

ASSOCIAÇÃO Brasileira de Transplante de Órgãos. Diretrizes básicas para captação e retirada de múltiplos órgãos e tecidos. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos – ABTO. São Paulo, 2009.

ASSOCIAÇÃO Brasileira de Transplante de Órgãos. Registro Brasileiro de Transplantes. Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado (2008-2015). RBT 2015 (JAN/DEZ) – ABTO. São Paulo, 2016.

ASSOCIAÇÃO Brasileira de Transplante de Órgãos. Registro Brasileiro de Transplantes. Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado (2010-2017). RBT 2017 (JAN/DEZ) – ABTO. São Paulo, 2018.

BOCCHI, E. A. et al. Long-Term Prospective, Randomized, Controlled Study Using Repetitive Education at Six-Month Intervals and Monitoring for Adherence in Heart Failure Outpatients. *CLINICAL PERSPECTIVE. Circulation: Heart Failure*, v. 1, n. 2, p. 115–124, 1 jul. 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Transplante de órgãos. Biblioteca Virtual em Saúde, 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/142transplante_de_orgaos.html. Acesso em: 08 jan. 2017.

CINTRA, V.; SANNA, M. C. Transformações na administração em enfermagem no suporte aos transplantes no Brasil. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 58, n. 1, p. 78–81, fev. 2005.

COFEN. Resolução COFEN nº311/2007 -Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em: <<http://se.corens.portalcofen.gov.br/codigo-de-etica-resolucao-cofen-3112007>>.

DOAK, C.; DOAK, L.; ROOT, J. Assessing Suitability of Materials. In: Doak C, Doak L, Root J, editors. *Teaching patients with low literacy skills*. Philadelphia (PA): J.B.Lippincott; 1996.

ECHER, I.C. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. *Rev Latino-am Enfermagem*, 2005 setembro-outubro; 13(5): 754-7.

HAESER, L. M.; BÜCHELE, F.; BRZOZOWSKI, F.S. Considerações sobre a autonomia e a promoção à saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 605-620, 2012.

MALLET, A. L. R. Qualidade em Saúde: tópicos para discussão. *Revista da SOCERJ*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 15, p. 449-456, set.-out. 2005. Disponível em: <<http://www.rbconline.org.br/artigo/qualidade-e>

[m-saude-topicos-para-discussao/](http://www.rbconline.org.br/artigo/qualidade-e-m-saude-topicos-para-discussao/)>

MATOS, S. S. et al. Transplantados cardíacos em pós-operatório mediato: diagnósticos de enfermagem segundo pressupostos de Horta. *REV. SOBECC, SÃO PAULO. OUT./DEZ. 2015; 20(4): 228-235*

MAZZATO, A. R.; GRZYBOVSKI, D. Análise de Conteúdo como Técnica de Análise de Dados Qualitativos no Campo da Administração: Potencial e Desafios. *RAC, Curitiba*, v. 15, n. 4, pp. 731-747, Jul./Ago. 2011.

MENEZES, K. K. P.; AVELINO, P. R. Grupos operativos na Atenção Primária à Saúde como prática de discussão e educação: uma revisão. *Cad. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, 24 (1): 124-130, 2016.

NASCIMENTO, Aparecida; TARCIA, Évelyn; TARCIA, Maria, Rita Lino; PEREIRA Lidiane, Magalhães; SOARES, Lara Abate de; SOARES, Mariângela; FERNANDEZ Suriano, Maria Lucia; LOPES DE DOMENICO, Edvane Birelo. Folhetos educativos em saúde: estudo de recepção. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, vol. 49, núm. 3, junho, 2015, pp. 435-442. Universidade de São Paulo.

OLIVEIRA, Katya Luciane de; CUNHA, Neide de Brito; SANTOS, Acácia Aparecida Angeli dos. Compreensão de leitura no curso de Psicologia: explorando diferenças. *Psicol. Ensino & Form.*, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 87-100, 2015.

OLIVEIRA, S. C.; LOPES, M. V. O.; FERNANDES, A. F. C. Construção e validação de cartilha educativa para alimentação saudável durante a gravidez. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* jul.-ago. 2014; 22(4): 611-20.

Sadler, C. R. (2001) *Comprehension strategies for middle grade learners. A handbook for content area teachers*. Newark: IRA, 81p

PAIVA, Bruno Castro de; SOUSA, Cristina Silva; POVEDA, Vanessa de Brito; TURRINI, Ruth Natalia Teresa. Avaliação da efetividade da intervenção com material educativo em pacientes cirúrgicos: uma revisão integrativa da literatura. *Rev. SOBECC, SÃO PAULO*. OUT./DEZ. 2017; 22(4): 208-217

PIO, F. S. C. G. et al. Assistência de enfermagem no transplante cardíaco: revisão integrativa. *Rev. enferm UFPE online*, Recife, 10(5):1857-65, maio, 2016.

REILLY, C. M. et al. Development, Psychometric Testing, and Revision of the Atlanta Heart Failure Knowledge Test. *J Cardiovasc Nurs*; 24(6): 500–509, fev. 2009.

SANTOS, Z. M. DE S. A.; OLIVEIRA, V. L. M. DE. Appointment with nurses for transplanted heart clients: impact of educative health actions. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 57, n. 6, p. 654–657, dez. 2004.

SILVA, A. F. et al. Adesão ao tratamento em pacientes com insuficiência cardíaca

acompanhados por enfermeiros em duas clínicas especializadas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 23(5):888-94, out. 2015.

SOUZA, Laís Machado de; MORAIS, Roberta Laíse Gomes Leite; OLIVEIRA, Juliana da Silva. Direitos sexuais e reprodutivos: influências dos materiais educativos impressos no processo de educação em sexualidade. *Saúde debate* 39 (106) Jul-Sep 2015

SOCIEDADE Brasileira de Cardiologia. II Diretriz Brasileira de Transplante Cardíaco. *Arq. Bras. Cardiol* 2010; 94(1 supl.1): e16-e73.

SOUSA, C. S.; TURRINI, R. N. T.; POVEDA, V. B. Tradução e adaptação do instrumento “Suitability Assessment of Materials” (SAM) para o português. *Rev. enferm UFPE online*, Recife, 9(5):7854-61, maio 2015.

TORRES, R. A. T.; CINTRA, R. B.; SÁ, E. C. Critérios para a avaliação de incapacidade laborativa na insuficiência cardíaca. *Revista de Medicina*, São Paulo, v. 94, n. 4, p. 282-288, dez. 2015.

TURATO, E. R. Qualitative and quantitative methods in health: definitions, differences and research subjects. *Revista de Saúde Pública*, v. 39, n. 3, p. 507–514, jun. 2005.



Referência do Ministério da Saúde no tratamento de alta complexidade em doenças cardíacas, o Instituto Nacional de Cardiologia (INC) atua há mais de 40 anos com destaque em procedimentos hemodinâmicos, cirurgias cardíacas de alta complexidade, incluindo as neonatais.

Atualmente é o único hospital público que realiza transplantes cardíacos em adultos e crianças no Estado do Rio de Janeiro e é o segundo centro que mais realiza cirurgias de cardiopatias congênitas no Brasil.

Formador de profissionais para a rede de saúde, o INC possui Programas de Residência Médica, Enfermagem e Farmácia de excelência, além de cursos de pós-graduação que abrangem diversas áreas de atuação cardiovascular, como Hemodinâmica, Ecocardiografia e Perfusão em Cirurgia Cardíaca. Conta ainda com mestrado multiprofissional em Ciências Cardiovasculares e Avaliação de Tecnologia em Saúde.

No campo da pesquisa, foi escolhido pelo Ministério da Saúde como coordenador do maior estudo multicêntrico já realizado no país na área de terapias celulares em cardiopatas e desenvolve pesquisas clínicas em diversas áreas de diagnóstico e tratamento em cardiologia.

Coordenação de Ensino - Instituto Nacional de Cardiologia
Rua das Laranjeiras, 374 - 5º andar - CEP: 22.240.002 - Rio de Janeiro
secretaria@mestradoinc.com.br
www.mestradoinc.com.br
(21) 3037-2288