

Figueiredo, LS, Flores, PVP, Dias, BF, Cruz, DCS, Jardim, PP, Borges, AS & Cavalcanti, ACD. (2020). Remote monitoring of patients with chronic heart failure in times of social distance - COVID-19 in the light of the “Primary Nursing” model. *Research, Society and Development*. 9(7):1-17, e141973909.

**Acompanhamento remoto de pacientes com insuficiência cardíaca crônica em tempos de distanciamento social – COVID-19 à luz do modelo “Primary Nursing”**

**Remote monitoring of patients with chronic heart failure in times of social distance - COVID-19 in the light of the “Primary Nursing” model**

**Monitoreo remoto de pacientes con insuficiencia cardíaca crónica en tiempos de distancia social - COVID-19 a la luz del modelo de “Primary Nursing”**

Recebido: 23/04/2020 | Revisado: 26/04/2020 | Aceito: 03/05/2020 | Publicado: 04/05/2020

**Lyvia da Silva Figueiredo**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1591-422X>

Universidade Federal Fluminense, Brasil

E-mail: [lyviafigueiredo@gmail.com](mailto:lyviafigueiredo@gmail.com)

**Paula Vanessa Peclat Flores**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9726-5229>

Universidade Federal Fluminense, Brasil

E-mail: [paulapeclat@gmail.com](mailto:paulapeclat@gmail.com)

**Beatriz Fernandes Dias**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4194-9509>

Universidade Federal Fluminense, Brasil

E-mail: [beatrizfdias@outlook.com](mailto:beatrizfdias@outlook.com)

**Diogo Correa Silva da Cruz**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3534-6389>

Universidade Federal Fluminense, Brasil

E-mail: [diogocorrea@id.uff.br](mailto:diogocorrea@id.uff.br)

**Paola Pugian Jardim**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4805-4273>

Universidade Federal Fluminense, Brasil

E-mail: [pugian.paola@gmail.com](mailto:pugian.paola@gmail.com)

**Alyne Santos Borges**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4586-4905>

Universidade Federal Fluminense, Brasil

E-mail: [alyneborges20@gmail.com](mailto:alyneborges20@gmail.com)

**Ana Carla Dantas Cavalcanti**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3531-4694>

Universidade Federal Fluminense, Brasil

E-mail: [anacarladc.uff@gmail.com](mailto:anacarladc.uff@gmail.com)

## **Resumo**

Este artigo tem por objetivo descrever o plano de contingência de uma clínica especializada em atendimento de pacientes com insuficiência cardíaca crônica para atuação durante a pandemia por COVID-19. Trata-se de um relato de experiência sobre as ações desenvolvidas através de atendimento remoto à pacientes com insuficiência cardíaca crônica e seus cuidadores, fundamentadas no modelo *Primary Nursing*, em uma clínica localizada em Niterói/RJ/Brasil. A intervenção tem sido implementada desde março de 2020 em um sistema web denominado “Sistema Coração Valente” e os dados estão sendo armazenados em um banco de dados que utiliza o MySQL. Obteve-se como resultado o relato das ações utilizadas durante o isolamento social sendo descrito cronologicamente, considerando o planejamento, a implementação e a avaliação de resultados. Então, conclui-se que o plano de contingência da Clínica de Insuficiência Cardíaca Coração Valente para consultas telefônicas, pautada no modelo do *Primary Nursing*, se mostrou eficaz no acompanhamento remoto dos pacientes com insuficiência cardíaca.

**Palavras-chave:** Insuficiência cardíaca; Coronavírus; Telemonitoramento.

## **Abstract**

This article aims to describe the contingency plan of a specialized clinic for patients with chronic heart failure to act during the COVID-19 pandemic. This is an experience report on the actions developed through remote care of heart failure patients and their caregivers, based on the *Primary Nursing* model, in a clinic located in Niterói/RJ/Brazil. The intervention has been implemented since March 2020 in a web system called “Sistema Coração Valente” and the data is being stored in a database that uses MySQL. Obtained as a result the report of the actions used during the isolation of social faith described chronologically, considering the planning, implementation and evaluation of results. Then, it

is concluded the contingency plan of the “Clínica de Insuficiência Cardíaca Coração Valente” for telephone consultations, based on the Primary Nursing model, proved to be effective in the remote monitoring of patients with heart failure.

**Keywords:** Heart failure; Coronavirus; Telemonitoring.

## Resumen

Este artículo tiene un objetivo para describir el plan de contingencia de una clínica especializada en la atención de pacientes con insuficiencia cardíaca crónica para trabajar durante la pandemia de COVID-19. Este es un informe de experiencia sobre las acciones desarrolladas a través de la atención remota para pacientes con insuficiencia cardíaca crónica y sus cuidadores, basado en el modelo *Primary Nursing*, en una clínica ubicada en Niterói/RJ/Brasil. La intervención se implementó desde marzo de 2020 en un sistema web llamado "Sistema Coração Valente" y los datos se almacenan en una base de datos que utiliza MySQL. Obtenido como resultado el informe de las acciones utilizadas durante el aislamiento social se describió cronológicamente, considerando la planificación, implementación y evaluación de resultados. Luego concluye el plan de contingencia para consultas telefónicas de la Clínica de Insuficiencia “Coração Valente”, basado en el modelo *Primary Nursing*, demostró ser eficaz en la monitorización remota de pacientes con insuficiencia cardíaca.

**Palabras clave:** Insuficiencia cardíaca; Coronavirus; Telemonitorización.

## 1. Introdução

A Insuficiência Cardíaca (IC) é uma síndrome clínica crônica de caráter progressivo, afetando aspectos físicos, psíquicos, sociais, espirituais, dentre outros. Se apresenta através de congestão pulmonar e sistêmica, ocasionando sintomas incapacitantes, afetando a qualidade de vida, além de ter um regime terapêutico complexo (Mesquita & Queluci, 2013). Um dos grandes desafios enfrentados pelas pessoas com IC estão relacionados ao desconhecimento do tratamento e dos sinais preditivos de descompensação da doença (Bandeira, et al., 2019).

A dispneia, fadiga e edema formam a tríade de sinais e sintomas (Rohde, et al., 2018), características da IC que ocorrem devido a diminuição da capacidade de enchimento e de ejeção ventricular, resultando na diminuição da capacidade do indivíduo para realizar exercícios e atividades rotineiras da vida diária (Calixtre, et al., 2016).

A Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda traz importante destaque para atuação da equipe multidisciplinar diante desta síndrome, à considerando como padrão ouro no tratamento da IC e nas diversas comorbidades associadas a ela (Rohde, et al., 2018). A IC exige do indivíduo, o seguimento de medidas farmacológicas e não

farmacológico para gerenciamento da doença, nos quais destacam-se o controle hidro salino, pesagem diária, manejo dos diuréticos, acompanhamento multiprofissional intenso, manutenção de atividade física dentre outros (Rohde, et al., 2018).

Este acompanhamento através das Clínicas de IC, é destacado através da diretriz brasileira, com nível de evidência em IA (Bocchi, et al., 2012). Diante disso, surge a Clínica de Insuficiência Cardíaca Coração Valente (CICCV) com um serviço especializado e multiprofissional para atendimento de pacientes com insuficiência cardíaca, que está vinculado à Universidade Federal Fluminense (UFF) através de um Programa de Extensão, onde os pacientes são admitidos através de demanda voluntária ou captação, para atendimento ambulatorial realizado por seus integrantes, em grande maioria voluntários ligados à programas de pós graduação da UFF (Bandeira, et al., 2019).

Os atendimentos são de cunho ambulatorial à pacientes com Insuficiência Cardíaca Crônica, independente da etiologia, contando com equipe multiprofissional composta por enfermagem, medicina, fisioterapia, nutricionista, psicologia, educador físico, equipe de suporte de tecnologia da informação e pedagogia. As modalidades habituais de atendimento são através de consultas presenciais, visitas domiciliares, consulta telefônica, telemonitoramento e grupo de orientação e convívio (Bandeira, et al., 2019). As equipes são centradas na atuação da enfermeira, de acordo com a filosofia do *Primary Nursing*, que está fundamentado no respeito à pessoa humana, na qualidade da assistência, nos resultados esperados e na satisfação do cliente (Harada, 2011).

Grande parte do atendimento desenvolvido pela CICCV é de cunho presencial e sofreu alterações diante da chegada do novo coronavírus. As medidas de distanciamento social, fizeram com que os serviços presenciais fossem temporariamente suspensos, principalmente pelo fato deste público fazer parte da categoria de risco (Wu, et al., 2020; Gupta, et al., 2019; Brasil, 2020a).

A COVID-19, é uma doença causada pelo coronavírus SARS-CoV-2 (Zhu, et al., 2020), que apresenta um quadro clínico que varia de infecções assintomáticas a quadros respiratórios graves (Brasil, 2020b). Dentre os principais sintomas, a tosse e dificuldade para respirar (Brasil, 2020a) são sintomas confluentes aos sintomas da IC, fazendo com que, atualmente, a monitorização deste paciente seja ainda mais atenta e criteriosa, a fim de otimizar orientações e encaminhamentos para reduzir complicações e agravos.

No último relatório do Ministério da Saúde (23/04/2020 às 17:20h), a COVID-19 tem 49.492 casos confirmados, 3.313 óbitos e taxa de letalidade de 6,7% (Brasil, 2020b). Estudos recentes, apontam os problemas cardiovasculares, idade avançada e diabetes como fatores de

risco importantes para agravamento do COVID-19 (Wu, et al., 2020; Gupta, et al., 2019; Brasil, 2020a), fatores que são concomitantes ao perfil dos pacientes com IC, aumentando com isso, a necessidade de acompanhamento específico para este paciente.

Diante da gravidade desta doença, da importância das medidas de prevenção e da necessidade do acompanhamento constante dos pacientes com Doenças Crônicas não Transmissíveis, sobre tudo a IC, (Martins et al., 2020), a coordenação da CICCIV atuou de forma rápida na elaboração de um plano de contingência para atendimento destes pacientes, de forma multiprofissional e à distância.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo é descrever o plano de contingência de uma clínica especializada em atendimento de pacientes com insuficiência cardíaca crônica para atuação durante a pandemia por COVID-19.

## **2. Metodologia**

Trata-se de um relato de experiência, realizado por meio de um estudo descritivo e qualitativo de modo semelhante ao que orienta metodologicamente Pereira et al.(2018), realizado desde 16 de março de 2020, sobre a elaboração e implementação do plano de contingência diante da COVID-19 no cuidado multiprofissional da Clínica de Insuficiência Cardíaca Coração Valente, da Universidade Federal Fluminense (UFF), que fisicamente está situada no Campus do Mequinho/UFF, em Niterói/RJ, porém, no momento atual, está em funcionamento de forma remota.

Desenvolveu-se um relato do processo de implantação do Plano de Contingência da CICCIV para o COVID-19, realizado por uma equipe coordenadora de quatro membros, composto por: uma pós doutora em Enfermagem especialista em IC; uma doutora em Ciências Cardiovasculares especialista em IC, uma doutora em Enfermagem especialista em tecnologias assistenciais e uma doutoranda em atendimento remoto à pacientes com IC. Esta equipe de coordenação, foi responsável pela idealização, organização, treinamento, implementação, supervisão do atendimento remoto e avaliação dos resultados.

A Clínica de Insuficiência Cardíaca coração Valente, atualmente possui 82 pacientes em atendimento frequente, que foram migrados para o sistema remoto, proposto pelo Plano de Contingência da CICCIV para o COVID-19.

Os dados foram coletados e analisados à luz dos pressupostos básicos do modelo *Primary Nursing*, que se adequa perfeitamente ao atendimento remoto (intervenção) utilizado no plano de contingência no que se refere a autonomia do enfermeiro na prática clínica e no

desempenho do seu papel diante do manejo da síndrome da IC e seu tratamento.

Apesar de ser um sistema utilizado para aplicação de cuidados de enfermagem em regime de internação, este se adaptou perfeitamente aos cuidados realizados na Clínica de Insuficiência Cardíaca Coração Valente por atendimento remoto no plano contingencial por valorizar a implementação de uma intervenção individualizada, humana, competente, integral e contínua (Harada, 2011).

Além disso, o modelo *Primary Nursing* enfatiza a responsabilidade e a prestação de contas do enfermeiro no manejo do cuidado; a descentralização da tomada de decisões, sendo que a autoridade repousa no enfermeiro principal ou no enfermeiro do paciente; a importância de levantamento, de diagnóstico e planejamento precisos e completos; o envolvimento do cliente e sua família no asseguramento e seguimento de metas; a necessidade de comunicação entre o enfermeiro principal e demais membros da equipe de enfermagem e multiprofissional, e a identificação de recursos disponíveis e encaminhamento para demais serviços.

Diante dessa filosofia, foi pautado o plano de contingência da clínica para o COVID-19. A princípio, todos os profissionais foram reorganizados em duas grandes equipes para realização das consultas remotas adaptadas a este modelo. Esta adaptação foi necessária para adequação ao atendimento remoto e implementação por equipe multiprofissional e não somente com a equipe de enfermagem, como no original.

Apesar deste estudo não necessitar de aprovação pelo Comitê de Ética, foram respeitadas as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos, não sendo divulgado nenhum dado ou imagem dos participantes de estudo.

### **3. Resultados**

Os resultados serão descritos através das etapas cronológicas de idealização à implementação do Plano de Contingência da CICCIV para o COVID-19, considerando planejamento, implementação e avaliação do plano de contingência.

#### **Planejamento**

Diante do exposto, a consulta telefônica era um serviço instituído pela Clínica de Insuficiência Cardíaca Coração Valente, no entanto, precisou sofrer um processo de reestruturação e treinamentos para atender a atual necessidade (Figueiredo, et al., 2019). Para isso foi necessário montar um plano de contingência, onde foi organizado os procedimentos

alternativos da Clínica com o objetivo de orientar a equipe multiprofissional durante a pandemia do COVID-19, para que esta situação afetasse minimamente os atendimentos dos pacientes com IC (Freitas, et al., 2020).

Descrevendo cronologicamente as etapas do processo de criação e implementação do plano de contingência, temos:

#### Reunião com a equipe multiprofissional

Nesta reunião foi possível verificar o quantitativo de equipe que tínhamos para monitorar os pacientes e a forma de atuação de cada membro da equipe. Foi estabelecido que o Enfermeiro seria o Elo entre o paciente e a Equipe Multiprofissional, sendo o responsável inicial pelo monitoramento do paciente e encaminhando o mesmo para os demais profissionais, sempre que houvesse a necessidade de um atendimento especializado.

#### Divisão das Equipes

Após a reunião multidisciplinar, a coordenação e gerência da Clínica Coração Valente estabeleceu a divisão em duas grandes equipes, composta cada equipe por 1 líder de equipe enfermeira, 04 enfermeiros do paciente (enfermeiro de cabeceira), um médico, um nutricionista, um fisioterapeuta, um psicólogo e um psicopedagogo.

Cada Enfermeiro é responsável por uma média de 08 pacientes, que atendendo ao pressuposto do *Primary Nursing*, faz a consulta de enfermagem especializada através do contato telefônico, identifica os problemas e necessidades de cada paciente e família, implementa as intervenções de enfermagem necessárias e faz os devidos encaminhamentos, mantendo o sistema de reavaliação, através de novos contatos e round semanal com a equipe.

Vale salientar que cada equipe possui um grupo no *Whatsapp*, onde através do mesmo é possível ser feito de forma rápida a coordenação das atividades com a supervisão direta das líderes de equipe e coordenação da clínica, também constituída de enfermeiras.

#### Treinamento para Monitoramento Remoto

O treinamento foi realizado através da plataforma *Google Meet*, por uma Enfermeira Doutoranda em Ciências Cardiovasculares e dividido em dois dias para atender a demanda de horário e dia do maior número de profissionais.

No total participaram 15 enfermeiros, 01 nutricionista, 01 fisioterapeuta e 01

psicóloga, cada treinamento teve duração de 02 horas sendo gravado através da plataforma *Google Meet* e os vídeos foram armazenados no *Google Drive*.

Algumas informações que constam no Procedimento Operacional Padrão (POP) para consulta telefônica foi reforçado para esses profissionais, como por exemplo: Registrar todas as informações/orientações dadas ao paciente; caso o paciente tenha dúvidas a respeito do conteúdo da questão ou de alguma palavra em si, a mesma deve ser feita novamente, quantas vezes for necessário. Em caso de não atendimento telefônico, devem ser realizadas no mínimo três tentativas de contato, que podem ser em horários diferenciados por pelo menos três dias consecutivos.

Caso, não se consiga estabelecer o contato telefônico o paciente deverá ser descontinuado, justificando esse motivo no banco de dados. Se o paciente apresentar sinais de descompensação durante a consulta, o mesmo deverá ser orientado a procurar o serviço de saúde mais próximo.

## **Implementação**

A consulta telefônica é definida pela Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC), como “Provocação das preocupações do paciente, ouvir e oferecer apoio, informações ou ensino em resposta a preocupações expressas pelo paciente usando o telefone” (Bulechek, et al., 2016).

Apresenta como objetivo: Monitorizar sinais de descompensação da doença; retirar possíveis dúvidas aumentando a oferta de orientações e condutas; estabelecer vínculo de apoio entre profissional e paciente; promover melhora da adesão ao tratamento dos pacientes acompanhados.

Foi orientado que a ligação só poderá ser realizada por um profissional devidamente treinado, que utilizará uma linguagem clara e acessível. Durante a ligação telefônica serão contempladas as seguintes atividades: Apresentação da pessoa responsável; Levantamento a respeito do estado atual de saúde; dos hábitos de vida; das queixas atuais; das medicações em uso; Orientações a respeito de medicações, hábitos de vida, sinais de descompensação e agendamento do próximo contato.

As consultas telefônicas tiveram início em 01 de abril, tem uma duração média de 30 minutos. Até o momento foi registrado que dos 82 pacientes inseridos no banco de dados, 53 pacientes já estão em acompanhamento telefônico, 21 pacientes apresentam o telefone com impossibilidade de completar a ligação, fora de área ou desligado.



Os registros são realizados no sistema onde é preconizado o registro completo e detalhado de todas as informações obtidas, como por exemplo os dados subjetivos, onde o profissional registra as respostas anormais encontradas durante a consulta telefônica; dados objetivos, onde são inseridos os medicamentos em uso, pressão arterial, peso, medição de líquido, glicemia capilar. Em seguida o profissional precisa registrar o diagnóstico, prescrever as intervenções, e realizar a avaliação dos resultados.

Com as consultas realizadas até o momento, é possível observar a satisfação dos pacientes em receber esse cuidado por parte da equipe multiprofissional, principalmente em tempo de COVID-19, onde as relações se mostram mais distantes.

### **Avaliação do Plano de Contingência**

A avaliação acontece de forma diária e contínua, através dos rounds multidisciplinares, reuniões administrativas, mudanças no sistema.

### **Round Multidisciplinar**

O round assim como todo processo de encontro remoto da equipe vem acontecendo pelo *Google Meet*, às sextas feiras com duração média de uma hora e trinta minutos para cada equipe.

A condução do mesmo, é realizada com um roteiro (Quadro 1) para que cada profissional da equipe multidisciplinar possa passar os casos e juntamente com a coordenação da clínica poder chegar na melhor conduta clínica para o paciente.

**Quadro 01.** Roteiro para condução do Round Multidisciplinar. Niterói, 2020.

<b>Consulta de Primeira Vez:</b>	<b>Consultas subsequentes:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Nome Completo do Paciente</li><li>• Idade</li><li>• Data da Consulta Telefônica</li><li>• NYHA</li><li>• Possui cuidador?</li><li>• Possui Whatsapp?</li><li>• Faz uso de anticoagulante?</li><li>• Quais diagnósticos ou situação problema foram identificados?</li><li>• Quais resultados/metasp foram traçados?</li><li>• Quais intervenções foram propostas?</li><li>• Necessário algum encaminhamento para equipe multiprofissional? Se sim, motivo</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Nome Completo</li><li>• Idade</li><li>• NYHA</li><li>• Quais resultados foram alcançados desde a última consulta?</li><li>• O diagnóstico ou situação problema se mantém?</li><li>• Apresentou diagnóstico ou situação problema novo?</li><li>• Quais resultados/metasp foram traçados?</li><li>• Quais intervenções novas foram propostas?</li><li>• Necessário algum encaminhamento para equipe multiprofissional? Se sim, motivo</li></ul>

Fonte: os autores.

### Atualização Constante do Sistema Coração Valente

O sistema da CICCIV funciona através do link: <http://sistemaciccv.com.br/login>, onde só é possível ter acesso após um cadastro prévio, ter passado por um treinamento para manuseio e ser parte atuante da equipe multiprofissional. Todo controle de acesso ao Sistema e suas funcionalidades é realizado através do estabelecimento de id de login de usuário único e da limitação do uso das funções internas por meio dos níveis de acesso. Além disso, o tempo de acesso também é controlado, logo, o sistema detectará quando o usuário estiver ausente, por pelo menos 10 minutos e desconectará o sistema. Para voltar ao uso, o mesmo será direcionado a efetuar novamente o login de acesso.

Como dito anteriormente a consulta telefônica já era um serviço instituído pela CICCIV, porém ancorada em uma outra plataforma, mas para atender a demanda atual foi realizada a mudança para o sistema da CICCIV e com isso em tempo recorde todo o

questionário de Consulta Telefônica foi transferido para esse novo sistema.

Diversas atualizações com melhorias vêm sendo realizadas imediatamente após as solicitações pela equipe multiprofissional para a equipe de computação, tais como: inserção de imagens, onde possibilita que o profissional de saúde possa inserir foto da prescrição medicamentosa; inserção de arquivos em PDF; registro livre, deixando o profissional com autonomia para descrever outras informações que não eram propostas no questionário fechado.

Outra atualização realizada no sistema é a classificação dos pacientes por níveis, ativo (paciente que se encontra ativo no sistema), inativo (paciente inativado após três tentativas de contato) e óbito. Ao realizar a consulta e o profissional for informado acerca do óbito, o próprio sistema automaticamente faz a alteração do status do paciente, sem que precise ser feita a mudança manualmente. Os dados gerados são exibidos de forma transparente e simples na página do paciente, visível para todos os níveis de acesso pré-autorizados.

Para o controle de dados gerados por usuários ativos do sistema, os administradores possuem acesso ao registro de atividades (logs) de todas as ações dos profissionais e acadêmicos, tais como registro, edição e exclusão de dados dentro do sistema. Todos os registros realizados pelos profissionais no sistema são automaticamente assinados e datados pelo usuário que gerou a informação ao final dos formulários.

Assim como todos os sistemas, o nosso está sendo voltado para a praticidade dos usuários no geral, diminuindo a quantidade de trabalho manual e o tempo que um profissional levaria para efetuar as mesmas funções em seu dia a dia.

#### **4. Discussão**

As doenças do aparelho circulatório cardiovascular foram responsáveis por 1.265.875 internações e 105.487 mortes no Brasil nos últimos 12 meses (Brasil, 2020). Neste contexto, a IC se destaca por ser a via final de outras doenças, tais como, doenças coronarianas, hipertensão arterial sistêmica, obesidade, síndrome metabólica, diabetes mellitus, câncer, entre outras. Portanto, esta síndrome multissistêmica resulta de alterações estruturais e/ou funcionais, que implicam em sinais e sintomas graves e incapacitantes, necessitando de acompanhamento contínuo e especializado (Rohde, et al., 2018).

Para melhorar a adesão ao tratamento, o autocuidado e a qualidade de vida de pacientes acometidos por essa síndrome, a Clínica de Insuficiência Cardíaca Coração Valente tem realizado atendimento especializado a 12 anos de forma contínua, presencial e não

presencial. O atendimento presencial ocorre com consultas de enfermagem, médicas, de fisioterapia, psicologia e nutrição; grupos de estimulação cognitiva, visitas domiciliares, salas de espera, triagem, grupos de apoio e atividades lúdicas, com festas e passeios. Para acompanhamento não presencial, são realizadas as consultas por telefone.

Até março de 2020, o atendimento remoto da CICCIV era direcionado a pacientes com maior dificuldade de adesão ao tratamento ou dificuldade de locomoção. No entanto, com a pandemia do COVID-2019, diante da necessidade de diminuir aglomerações e manter distanciamento social, o atendimento remoto se tornou a única opção para o manejo do cuidado de todos os pacientes da clínica, que necessitam de motivação contínua para o manejo e manutenção do autocuidado.

Sob esse aspecto, o reconhecimento dos sinais e sintomas de descompensação é parte essencial da abordagem multiprofissional e uma grande preocupação na pandemia do COVID-19. A tríade de sinais e sintomas de descompensação se apresenta com fadiga, edema e dispneia, que precisam de controle para evitar visitas a emergência e internações hospitalares, totalmente indesejadas em tempos de pandemias, pelo alto risco de contaminação nestes ambientes. Por outro lado, os pacientes com IC são considerados de alto risco de contaminação por esta moléstia, por apresentarem idade avançada e muitas comorbidades. Ainda mais complexa se torna esta situação se considerarmos que a fadiga e a dispneia são sintomas de descompensação e de contaminação pelo COVID-19. Estes sintomas, altamente subjetivos, podem ser amplamente confundidos pelos pacientes, que tem em sua maioria baixo nível de cognição e escolaridade, se encontram em distanciamento social e sob situação de estresse diante da pandemia.

Todos esses fatores, apontam a necessidade de continuidade de funcionamento da CICCIV por acesso remoto em tempos de pandemia e torna este relato da experiência vivenciada adequado e coerente para a prática profissional, pois pode ser aplicado em situações semelhantes e replicado em outros cenários.

A escolha por utilizar o Modelo do *Primary Nursing* na abordagem remota do paciente com IC e seus familiares se adequou totalmente e trouxe aprofundamento teórico para a discussão dos dados deste relato.

No que se refere a responsabilidade e a prestação de contas do enfermeiro no manejo do cuidado pode-se destacar que o processo de cuidar é conduzido pelo enfermeiro do cliente, que tem como responsabilidade tomar decisões sob todos os aspectos relacionados aos cuidados de enfermagem. Este pressuposto fica garantido através da Consulta de Enfermagem do Plano de Contingência em questão, que foi desenhada para o atendimento do cliente

portador de IC e para as novas demandas de investigação dos sintomas do COVID-19. A consulta é sistematizada e norteia o processo de raciocínio clínico e a tomada de decisão do enfermeiro, uma vez que, compreende todas as etapas recomendadas pela Resolução 358, (COFEN, 2009), a saber: coleta de dados de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, Implementação e avaliação de enfermagem.

Ao implementar esta consulta de enfermagem remota é possível que outro pressuposto da *Primary Nursing* seja contemplado, o de realizar o levantamento dos diagnósticos de enfermagem, planejar as metas a serem alcançadas para cada cliente que fica sob a responsabilidade do enfermeiro. Consiste em uma maneira de organizar o cuidado no sentido de imprimir qualidade à assistência prestada, melhora a assistência e a satisfação profissional (Azevedo, et al., 2019).

A eficácia e o atendimento das necessidades do cliente estão diretamente ligados ao envolvimento do cliente e sua família na implementação dos cuidados prescritos para que as metas traçadas sejam alcançadas, inclusive de forma maior que o envolvimento necessário de uma consulta presencial. Na consulta remota não é possível implementar alguns cuidados diretos como: verificação da pressão arterial, pesar, entre outros. Assim, é preciso que o cliente ou um familiar realize corretamente estes cuidados e passe os parâmetros para o enfermeiro (Silva, et al. 2018).

Dentro deste contexto, o enfermeiro do cliente deve identificar os recursos diversos e disponíveis para que as intervenções sejam implementadas. Por exemplo, se uma intervenção prescrita é a pesagem todos os dias pela manhã, mas o cliente não tem uma balança em casa, o mesmo deve ser orientado a observar em especial algumas partes do seu corpo e perceber se houve o aumento ou diminuição do tamanho; utilizar alguma peça de roupa específica e ver se está mais apertando ou mais larga; perceber se sente mais pesado ou mais leve.

Caso enfermeiro do cliente identifique a necessidade que outro profissional da CICCIV avalie em conjunto, pode realizar encaminhamentos. Ele fará o registro específico que justifique e, em seguida, entrará em contato com o profissional para passar a situação. Além disso, durante o round também é possível a discussão do caso.

Outro detalhe importante é a utilização de um sistema de linguagem padronizado (SLP) para registro das etapas da consulta de enfermagem. O uso dos SLP na prática clínica pode contribuir para melhor resultado do cuidado que se oferece, torna a comunicação entre o enfermeiro e demais membros da equipe de enfermagem e multiprofissional mais eficiente e eficaz e, como considera Carvalho et al. (2013) isso possibilita uma comunicação de boa qualidade, pois fornece informações acuradas, relevantes, confidenciais, confiáveis, válidas,

completas e seguras.

## 5. Considerações Finais

O presente estudo descreveu o plano de contingência de uma clínica especializada em atendimento de pacientes com insuficiência cardíaca crônica para atuação durante a pandemia por COVID-19, fundamentado pelo modelo do *Primary Nursing* e mostrou ser eficaz por promover a autonomia e responsabilidade do enfermeiro, que de forma remota, realiza um atendimento individualizado, integrado e contínuo, articulando as necessidades específicas de cada paciente com a equipe multiprofissional.

A limitação do relato deste plano de contingência se evidencia na implementação. A equipe de enfermeiros está passando por um momento de grande estresse físico e emocional devido ao enfrentamento na linha de frente contra o coronavírus, impactando na disponibilidade para realização das ligações. Durante a implementação das ligações telefônicas, outra limitação é o fato de muitos números de telefones dos pacientes não completarem a ligação por discagem incorreta, fora de área ou desligados, dificultando assim o contato com os pacientes atendidos pela CICCIV.

Espera-se com este relato de experiência apresentar o plano de contingência adotado pela CICCIV e a contribuição do acompanhamento remoto dos pacientes com IC, para a implementação de uma assistência multiprofissional integrada e sistematizada, seguindo o modelo do *Primary Nursing*, centrada no paciente, considerando a expressão das suas necessidades de cuidado.

## Agradecimentos

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

## Referências

Azevedo, O. A., Guedes, E. S., Araújo, S. A. N., Maia, M. M., & Cruz, D. A. L. M. (2019). Documentação do processo de enfermagem em instituições públicas de saúde. *Rev Esc Enferm USP*, 53, e03471. doi: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018003703471>

Bandeira, G. M. D. S., Flores, P. V. P., Jardim, P. P., Costa, M. B., Moreira, L. V., & Cavalcanti, A. C. (2019). Atuação do Pedagogo em uma Clínica Especializada em Insuficiência Cardíaca: Experiências e Reflexões. *Rev S Col Barueri*, 47(9), 1140-4.

Bocchi, E.A., Marcondes-Braga, F.G., Bacal, F., Ferraz, A.S., Albuquerque, D., & Rodrigues, D., et al. (2012). Atualização da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica - 2012. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 98(1supl.1), 1-33. doi: <https://doi.org/10.5935/abc.20120101>

Brasil. (2020). Morbidade hospitalar do SUS, 2020. Brasília. Recuperado em 18 abril, 2020, de <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>

Brasil. (2020a). Protocolo de Manejo Clínico da Covid-19 na Atenção Especializada. Brasília. Recuperado em 23 abril, 2020, de <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/14/Protocolo-de-Manejo-Cl--nico-para-o-Covid-19.pdf>

Brasil. (2020b). Coronavírus. COVID-19, 2020. Brasília. Recuperado em 22 fevereiro, 2020, de <https://coronavirus.saude.gov.br>

Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J., & Wagner C.M. *NIC: Nursing Interventions Classifications*. Rio de Janeiro: Elsevier.

Calixtre, E. M., Prado, F. A. A., de Almeida, E., Fontes, G. M., da Silva, K. F. M., Gemme, C. N., & Rodrigues, S. R. (2016). Reabilitação cardíaca fase III associada à VNI no tratamento da ICC: um estudo de caso. *Revista Saúde e Meio Ambiente*, 3(2), 62-73. Recuperado em 23 abril, 2020, de <https://periodicos.ufms.br/index.php/sameamb/article/view/1994>

Carvalho, E. C. D., Cruz, D. D. A. L. M., & Herdman, T. H. (2013). Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(SPE), 134-141. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700017>

Conselho Federal de Enfermagem [COFEN]. (2009). Resolução 358. *Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências*. Brasil. Retirado em 22 fevereiro, 2020, de [http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html)

Figueiredo, L. D. F., Pereira, J. M. V., Santana, R. F., Padua, B. L. R., Flores, P. V. P., & Cavalcanti, A. C. (2019). Telenfermagem em pacientes com insuficiência cardíaca crônica: estudo quase-experimental. *Revista Nursing*, 22(249), 2628-2634.

Freitas, C. M. D., Lessa, F. S., Oliveira, M. S. D., Wakimoto, M. D., Lang, P., & Gartner, S. R., D. C. B. (2020). Plano de contingência da Fiocruz diante da pandemia da doença pelo SARS-CoV-2 (COVID-19). Recuperado em 22 abril, 2020, de [https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/plano\\_de\\_contingencia\\_covid\\_19\\_fiocruzv1.3\\_30032020\\_merged.pdf.pdf](https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/plano_de_contingencia_covid_19_fiocruzv1.3_30032020_merged.pdf.pdf)

Gupta, N., Agrawal, S., Ish, P., Mishra, S., Gaiind, R., Usha, & G. (2020). Clinical and epidemiologic profile of the initial COVID-19 patients at a tertiary care centre in India. *Monaldi Archives for Chest Disease*, 90(1), 193-196. doi: <https://doi.org/10.4081/monaldi.2020.1294>

Harada, M. D. J. C. S. (2011). *Gestão em enfermagem: ferramenta para prática segura*. In *Gestão em enfermagem: ferramenta para prática segura*. São Paulo: Yendis.

Martins, N. F. F., Abreu, D. P. G., da Silva, M. R. S., & de Lima, J. P. (2020). Produção científica da enfermagem acerca das doenças crônicas não-transmissíveis em pessoas idosas: relações com as necessidades de saúde, as prioridades de pesquisa no Brasil e o trabalho da enfermagem. *Research, Society and Development*, 9(3), 32. doi: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i3.2336>

Mesquita, E. T., & Queluci, G. C. (2013). *Abordagem multidisciplinar ao paciente com insuficiência cardíaca*. São Paulo: Atheneu.



Pereira, A.S. et al. (2018). *Metodologia da pesquisa científica*. [e-book]. Santa Maria. Ed. UAB/NTE/UFSM. Disponível em:  
[https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/15824/Lic\\_Computacao\\_Metodologia-Pesquisa-Cientifica.pdf?sequence=1](https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/15824/Lic_Computacao_Metodologia-Pesquisa-Cientifica.pdf?sequence=1). Acesso em: 29 Abril 2020.

Rohde, L. E. P., Montera, M. W., Bocchi, E. A., Clausell, N. O., Albuquerque, D. C. D., Rassi, S., & Barretto, A. C. P. (2018). Diretriz brasileira de insuficiência cardíaca crônica e aguda. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 111(3), 436-539. Recuperado em 23 abril, 2020, de <http://publicacoes.cardiol.br/portal/abc/portugues/2018/v11103/pdf/11103021.pdf>

Silva, R. S., Trindade, G. S. S., Paixão, G. P. N., & Silva, M. J. P. (2018). Conferência familiar em cuidados paliativos: análise de conceito. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(1), 206-213. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0055>

Wu, J., Liu, J., Zhao, X., Liu, C., Wang, W., Wang, D., Cao, H. (2020). Clinical Characteristics of Imported Cases of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Jiangsu Province: A Multicenter Descriptive Study. *Clinical Infectious Diseases*, 1–7. doi: <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa199>

Zhu, N., Zhang, D., Wang, W., Li, X., Yang, B., Song, J., & et al. (2020). A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med*, 382(SN), 727-33. doi: <http://doi.org/10.1056/NEJMoa2001017>

#### **Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito**

Lyvia da Silva Figueiredo – 20%

Paula Vanessa Peclat Flores – 20%

Beatriz Fernandes Dias – 10%

Diogo Correa Silva da Cruz – 10%

Paola Pugian Jardim – 10%

Alyne Santos Borges – 10%

Ana Carla Dantas Cavalcanti – 20%