

Consulta compartilhada: uma perspectiva da clínica ampliada na visão da residência multiprofissional

Shared medical appointment: a new perspective of extended clinical care in a
multiprofessional residency perspective

Consulta compartida: una perspectiva de clínica en visión ampliada de la residencia
multi

Alessandra Rocha Luz¹, Mayara Sousa Vianna², Salete Maria de Fátima Silqueira³, Pollyanna Cassia Silva⁴, Heloísa Alves Chagas⁵, Juliana Oliveira Figueiredo⁶, Felipe Moreira Mortimer⁷, Ana Carolina Starke⁸

Resumo

A Residência Multiprofissional em Saúde é uma proposta que acrescenta ao serviço de saúde a

formação e desenvolvimento dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde. Tendo a consulta compartilhada como instrumento de trabalho que privilegie uma comunicação transversal na equipe e entre equipes, com vistas para uma clínica ampliada com intuito a interação de várias abordagens que possibilitem o manejo eficaz da complexidade do trabalho multiprofissional. Objetivo: refletir sobre a assistência dos residentes na perspectiva da clínica ampliada a nível ambulatorial. Trata-se de um relato de experiência, para apresentar a proposta do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Cardiovascular no Hospital das Clínicas vinculado à Universidade Federal de Minas Gerais. O cenário de prática é um dos ambulatórios do hospital, onde são realizadas ações para a atenção à saúde dos pacientes que estiveram internados na unidade coronariana. Diante das consultas compartilhadas buscou na lógica da clínica ampliada, fornecer

¹ Enfermeira Especialista em Assistência Integral em Cardiologia pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais. E-mail: alessandrarochaluz@gmail.com

² Enfermeira Graduada pela Universidade Federal de Minas Gerais. E-mail: mayarasv@yahoo.com.br

³ Doutora em Enfermagem em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Coordenadora da Residência Multiprofissional da área Saúde Cardiovascular em Enfermagem do Hospital das Clínicas e Coordenadora do Curso de Especialização em Assistência Cardiovascular e Professora adjunta da Universidade Federal de Minas Gerais. E-mail: silqueira11@gmail.com

⁴ Fisioterapeuta Residente Multiprofissional em Saúde Cardiovascular do Hospital das Clínicas/ Universidade Federal de Minas Gerais. E-mail: pollycsilva@yahoo.com.br

⁵ Psicóloga Residente Multiprofissional em Saúde Cardiovascular do Hospital das Clínicas/ Universidade Federal de Minas Gerais. Mestre em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. E-mail: helovalveschagas@gmail.com

⁶ Psicóloga Residente Multiprofissional em Saúde Cardiovascular do Hospital das Clínicas/ Universidade Federal de Minas Gerais. E-mail: juoliveiraf@gmail.com

⁷ Fisioterapeuta Residente Multiprofissional em Saúde Cardiovascular do Hospital das Clínicas/ Universidade Federal de Minas Gerais. E-mail: fmmortimer@gmail.com

⁸ Fisioterapeuta Residente Multiprofissional em Saúde Cardiovascular do Hospital das Clínicas/ Universidade Federal de Minas Gerais. E-mail: ana.starke@gmail.com

uma assistência integral e qualificada, evitando privilegiar algum conhecimento específico. Nota-se a contribuição para a formação profissional, a articulação e integração das ações uni e multiprofissionais. Acredita-se que a integração entre os diferentes níveis de atenção e categorias profissionais, propiciará ações efetivas na redução da morbimortalidade por condições cardiovasculares.

Descritores: Promoção da saúde; assistência ambulatorial; assistência integral à saúde; relações interprofissionais.

Abstract

Multidisciplinary Residency in Health is a proposal that adds training and development to the healthcare service of employees of the Unified Health System (SUS). We see shared medical appointment as a work tool that favors group and cross-team communication, with view to an extended clinical care that aims to the interaction of several approaches that would enable the efficient management of the complexity of multidisciplinary work. Objective: To reflect about the care from residents in the point of view of an extended clinical care to the

outpatient clinic. This is an experience report that presents the proposed Integrated Multidisciplinary Residency Program in Cardiovascular Health at the Hospital das Clínicas linked to the Federal University of Minas Gerais (UFMG). The practice setting is one among the first aid posts in the hospital, where healthcare actions for patients who had been admitted to the coronary care unit are performed. Based on the shared medical appointment, the procedures of extended clinical care were used to provide comprehensive and quality care, avoiding favoring any particular knowledge. The contribution to professional training, the coordination and integration of both single and multiprofessional actions must be highlighted. It is believed that integration among the different levels of care and professional categories will provide effective action reducing morbidity and mortality from cardiovascular diseases.

Keywords: Health promotion; ambulatory care; comprehensive health care; interprofessional relations.

Resumen

La Residencia Multidisciplinaria de Salud es una propuesta que se suma a la formación en el servicio de salud y

desarrollo de los empleados del Sistema Único de Salud Tener una consulta compartida como una herramienta de trabajo que favorezca la comunicación entre equipos y entre equipos , con el objetivo de una clínica extendida con el objetivo de la interacción de varios enfoques que permiten la gestión eficiente de la complejidad del trabajo multidisciplinario. **Objetivo:**

Reflexionar sobre el cuidado de los residentes , en vista de la consulta externa expandida. Se trata de un relato de experiencia , para la presentación de la propuesta de Programa de Residencia Multidisciplinaria Integrado en Salud Cardiovascular en el Hospital vinculado a la Universidad Federal de Minas Gerais. El escenario de práctica es un hospital ambulatorio , donde se llevan a cabo acciones para la atención de la salud de los pacientes que fueron ingresados en la unidad coronaria . Dada la encuesta compartida buscarse en la lógica de la clínica ampliada , proporcionar una atención integral y de calidad para evitar favorecer a ningún conocimiento particular. Tenga en cuenta la contribución a la formación, la coordinación y la integración de las acciones y de múltiples uni . Se cree que la integración entre los diferentes

niveles de atención y las categorías profesionales, proporcionará una acción eficaz en la reducción de la morbilidad y la mortalidad por enfermedades cardiovasculares .

Descriptor: Promoción de la salud ; atención ambulatoria ; atención Integral a la salud; relaciones interprofesionales.

Introdução

A Organização Pan-americana de Saúde e a Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) desde a década de 1980 vem tratando como prioritária a Educação Permanente em Saúde (EPS). Assim, o Brasil junto a vários países latino-americanos, busca uma nova reestruturação na EPS, através de programas e ações de políticas na área do desenvolvimento de recursos humanos em saúde ⁽¹⁾ . Entre estas propostas, criaram-se as Residências Multiprofissionais. Porém só a partir da regulamentação da Lei nº 11.129 de 2005⁽²⁾ que foram criadas as residências multiprofissionais em saúde, sendo orientadas pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir das necessidades e realidades locais e regionais, sendo financiadas pelos Ministérios da Saúde e da Educação⁽²⁾ .

São definidas como propostas para acrescentar ao serviço de saúde a formação e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS, articular o trabalho em equipe, ampliar o conjunto de ações e serviços da atenção em saúde, humanizar a assistência e promover a integralidade⁽²⁾.

A consulta compartilhada é um instrumento de trabalho, podendo ser considerada como um arranjo que privilegie uma “comunicação transversal na equipe e entre equipes”, com vistas para uma clínica ampliada. A Clínica ampliada, por sua vez busca interação de várias abordagens que possibilitem o manejo eficaz da complexidade do trabalho multiprofissional⁽³⁾.

Atualmente se tem registro desta atividade entre as equipes do Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF) através do matriciamento. Estas equipes realizam os atendimentos compartilhados, onde intervêm de forma interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, motivando experiência para todos os profissionais envolvidos. Esses atendimentos enfatizam a discussão de casos, realização de projeto terapêutico e orientações⁽⁴⁾.

Este tem sua justificativa por apresentar uma forma de trabalhar ainda pouco difundida na área da cardiologia. Diante disto, o presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência dos residentes vinculados ao Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Cardiovascular (RIMSC) no Hospital das Clínicas vinculado à Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), quanto à assistência na perspectiva da clínica ampliada a nível ambulatorial.

Metodologia

Esta pesquisa é caracterizada por um relato de experiência, com o intuito de apresentar a proposta na Atenção à Saúde do Adulto do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Cardiovascular (RIMSC) no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC/UFMG). O cenário de prática em questão é um dos Ambulatórios do complexo HC/UFMG. Neste ambulatório são realizadas ações planejadas no serviço para a atenção à saúde dos pacientes que estiveram internados na unidade coronariana (UCO) do HC/UFMG. Será relatada em especial, a iniciativa da consulta compartilhada, proposta neste ambulatório pela primeira turma de

RIMSC como uma estratégia de acompanhamento dos pacientes para orientações quanto mudança no estilo de vida, acompanhamento psicológico, prescrições de atividades físicas e prescrições de enfermagem.

Atualmente a equipe é formada por duas enfermeiras, três fisioterapeutas e duas psicólogas, que iniciaram suas atividades no programa em fevereiro de 2012 e desde então, atuam em diversos setores do HC/UFGM.

Resultados e Discussão

Historicamente a clínica biomédica relaciona-se ao tratamento da doença. Por outro lado, temos a clínica ampliada, na qual os profissionais de saúde lidam com o processo de saúde-doença⁽⁵⁾ ampliando o risco ou vulnerabilidades das pessoas, sendo que o mais importante, como foi citado por Campos e Amaral⁽⁶⁾ seria considerar que não há doença ou problemas de saúde “sem que estejam encarnadas em sujeitos, em pessoas”⁽⁶⁾. Este argumento reforça um dos objetivos da Política Nacional de Humanização (PNH) em que o sujeito retoma seu papel no centro da assistência, e os profissionais são protagonistas nas práticas terapêuticas do sistema de saúde com a

responsabilidade em mediar e construir práticas que estimulem a participação do sujeito⁽⁷⁻⁸⁾.

Sabe-se que os serviços hospitalares vêm buscando discutir sobre este processo de trabalho desenvolvendo ações que venham ao encontro dos conceitos de saúde conforme a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990⁽⁹⁾ no qual a saúde possui vários determinantes, entre eles, moradia e alimentação, e exige o entendimento de que estes fatores estão implicados em como as pessoas vivem e se relacionam em seus territórios. Diante disto, para uma assistência qualificada aos pacientes após um evento isquêmico cardíaco se faz necessária abordagem por diferentes profissionais que atuem por meio do trabalho interdisciplinar e enfrentem as dificuldades desta assistência em conjunto, buscando construir práticas humanizadas do cuidado a partir dos diferentes saberes e fazeres, capazes de atender integralmente as necessidades de saúde destes indivíduos.

A clínica ampliada, citada por Campos e Melo⁽¹⁰⁾ remete a uma reflexão quanto a integralidade como caminho transformador e construtor de melhorias, buscando na assistência

ampliada, meios para transformar o sujeito no centro das ações, que envolvam acolhimento e atendimento integral.

O infarto agudo do miocárdio é um acometimento com índices de mortalidade e morbidade altos, durante a fase aguda e nos meses subsequentes⁽¹¹⁻¹²⁾. Foi com o intuito de prosseguir com acompanhamento destes pacientes após o evento isquêmico e de fornecer um atendimento integral que o ambulatório multiprofissional pós-unidade coronariana foi criado no ano de 2010 pela primeira turma de residência multiprofissional em saúde cardiovascular. Este ambulatório é um setor vinculado ao Hospital das Clínicas de Belo Horizonte, onde recebe indivíduos que foram admitidos na unidade coronariana deste hospital e após alta hospitalar são encaminhados para acompanhamento ambulatorial.

A partir da proposta de Política Nacional, que preconiza a prevenção de novos agravos, promoção da saúde e da proposta de clínica ampliada, buscamos realizar ações interdisciplinares enquanto equipe multiprofissional, oferecendo um diagnóstico multidimensional nos atendimentos

realizados, resultando em uma visão integrada do usuário⁽¹³⁾.

No ambulatório são atendidas por volta de dezesseis a vinte pacientes por mês, e no ano de 2012 foram atendidos cerca de 162 pacientes, sendo 66,7% são do sexo masculino e 33,4% feminino, com média de idade de 65 anos e 58 anos respectivamente. Entre as comorbidades de maior prevalência estão a hipertensão arterial (94%) diabetes (83%), história familiar positiva para doenças arteriais coronarianas (83%) e IAM prévios (61%). As consultas são agendadas na recepção, através de encaminhamentos entregues pelos residentes médicos ou multiprofissionais durante a alta hospitalar. Os atendimentos são realizados pela enfermagem, fisioterapia e psicologia, a fim de prestar uma atenção humanizada, a qual se julga fundamental no manejo do paciente com Síndrome Coronariana Aguda (SCA). Tal iniciativa possibilita um atendimento mais resolutivo que transcende a avaliação clínica e identifica as reais necessidades do paciente e sua família. Porém sem ultrapassar as funções e responsabilidades de cada profissão, a saber, os atendimentos de psicologia são

individualizados, mas em alguns atendimentos estes residentes permanecem na sala junto aos demais para avaliação mais precisa da necessidade de acompanhamento psicológico. No atendimento conjunto, cabe ao psicólogo facilitar a comunicação entre os profissionais e destes com os pacientes.

Durante as atividades e consultas compartilhadas realizadas pelos residentes as dificuldades foram ficando mais claras e palpáveis, pois, há unanimidade quanto à falta de compreensão sobre a consulta compartilhada ou mesmo clínica ampliada. Sendo uma abordagem difícil não apenas de ser entendida como também de ser praticada, pois envolve variáveis que são dependentes da construção de um trabalho coletivo, que envolve os saberes profissionais e relações interpessoais.

Diante das consultas compartilhadas os residentes buscam na lógica da clínica ampliada, fornecer uma assistência integral e qualificada, evitando privilegiar algum conhecimento específico.

A atuação do enfermeiro nestas consultas visa o envolvimento em todas as fases de assistência ao paciente com

IAM em informar, educar, monitorar os dados vitais e treinar os indivíduos visando reduzir os fatores de risco para novos eventos e/ou agravos cardiovasculares em que estes estão suscetíveis. Nesta prática teve início a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no ambulatório, o enfermeiro tem como base os “cuidados de enfermagem respaldados numa base teórico-científica”, e amparados na SAE buscando humanizar a assistência a partir da tomada de decisão e da contínua avaliação da assistência⁽¹⁴⁾.

Campos e Melo⁽¹⁰⁾ apresentam ainda que a clínica ampliada na enfermagem vem resgatando e aplicando através de ações concretas, o que esta categoria profissional pode oferecer, posicionando cientificamente diante dos demais profissionais, “trabalhando para uma assistência efetivamente interdisciplinar, que pressupõe o compromisso e o compartilhamento”⁽¹⁰⁾.

A atuação do fisioterapeuta neste ambulatório tem como objetivo dar continuidade ao processo de reabilitação cardíaca, que se inicia na fase intra-hospitalar (fase I)⁽¹⁵⁾. De acordo com as Diretrizes de Reabilitação Cardíaca⁽¹⁶⁻

¹⁷⁾, o fisioterapeuta é o profissional responsável por prescrever o exercício físico. No ambulatório em questão, esse profissional realiza a prescrição do exercício físico não supervisionado, individualizado, incentiva as formas de automonitorização e orienta atividades domiciliares para serem realizadas pelos pacientes. Os exercícios prescritos visam à melhora da aptidão cardiovascular e quando praticados por um período prolongado, promovem adaptações morfológicas e funcionais nos sistemas cardiovascular e muscular. Em casos em que o paciente necessite realizar exercícios físicos supervisionados, estes são encaminhados para o Programa de Reabilitação Cardíaca e Metabólica do HC/UFGM⁽¹⁸⁾.

A avaliação fisioterapêutica tem como finalidade verificar os fatores limitantes e os comportamentos de risco para a funcionalidade do indivíduo, realizando intervenções educativas com o intuito de fornecer ao paciente subsídio para que o mesmo retorne às suas atividades sociais, recreativas e laborativas o mais precocemente possível, contribuindo assim para a promoção de saúde⁽¹⁵⁾.

Ainda sob a perspectiva da integralidade, tem-se o cuidado com os aspectos subjetivos do paciente, realizado pelo profissional psicólogo. O psicólogo pode dar continuidade ao trabalho iniciado na fase intra-hospitalar e ainda acolher novas demandas emergentes durante as consultas compartilhadas. A partir do momento que os profissionais percebem que o paciente pode ter significantes benefícios com o acompanhamento psicológico, são agendados atendimentos individuais com periodicidade definida pela necessidade de cada paciente assistido.

Segundo Oliveira⁽¹⁹⁾, o adoecer pode levar a uma interrupção ou a uma modificação no ritmo de vida do paciente, podendo ter importantes repercussões em sua vida profissional, emocional e em seu estado psíquico. Desta forma, bem como acontece no período de internação, é realizada uma avaliação que atente para o estado psíquico do paciente e para a compreensão que ele tem de seu diagnóstico. A condução psicoterapêutica deve favorecer a expressão dos sentimentos, mobilizar recursos internos do paciente para o envolvimento e colaboração com o

tratamento, favorecendo sua autonomia, e visar a criação de estratégias junto ao paciente para lidar com o adoecimento e suas consequências⁽²⁰⁾.

O vínculo criado entre equipe e paciente é de corresponsabilidade, sendo que o mesmo retorna após três meses para reavaliação pela equipe, que verifica as repercussões que a consulta compartilhada teve até então no autocuidado.

Considerações finais

As atividades neste cenário de prática, pela característica intrínseca da interdisciplinaridade, refletiram em aspectos de extrema relevância para a formação profissional, conferindo um caráter inovador nas condutas assistenciais. Entretanto, devemos destacar que este percurso foi desafiador para a equipe, onde tivemos que superar obstáculos iniciais, porém todos os esforços resultaram em tomada de decisões coesas e com ações que favoreceram o processo de construção de uma nova forma de assistência, buscando a desconstrução do modelo biologicista vigente.

A vivência neste cenário trouxe experiências positivas que contribuíram para o processo de formação

profissional, na articulação e integração das ações uni e multiprofissionais. Espera-se que este trabalho possa servir como incentivo para os profissionais de saúde, a fim de qualificar a atenção aos pacientes deste ambulatório e seus familiares. Acredita-se que, somente a real integração entre os diferentes níveis de atenção e categorias profissionais, propiciará ações de saúde efetivas na redução da morbimortalidade por condições cardiovasculares.

Referencias

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde.** – Brasília : Ministério da Saúde, 2009 a.
2. Lira-Batista MMS *et al.* A experiência dos residentes multiprofissionais em atenção hospitalar na atenção básica. **Rev. Ciênc. Ext.** 2012; 8(1):175. Disponível em:<
http://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/view/501/641
>

3. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à saúde. **Clínica ampliada e compartilhada / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
4. Brasil. Ministério da Saúde, Departamento de Atenção básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Secretaria de Atenção à Saúde.** Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. – Brasília, 2010.
5. Meirelles MCP, Kantorski LP, Hypolito AM. Reflexões sobre a interdisciplinaridade no processo de trabalho de centros de atenção psicossocial. **R. Enferm. UFMS.**2011;1(2):282-289. Disponível em:<<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/2551/1689>>
6. Campos GW S, Amaral M A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva.** 2007; 2 (4):849-859. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n4/04.pdf>>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.** – 4. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008.
8. Cunha GT. **A construção da clínica ampliada na Atenção básica.** São Paulo: Editora Hucitec; 2005.
9. Brasil. Ministério da Saúde. **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em:<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>> Acesso em: 01 de maio de 2013.
10. Campos LF, Melo MRAC. Assistência em enfermagem na perspectiva da clínica ampliada em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev Gaúcha Enferm.** 2011; 32(1):189-93. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n1/a25v32n1.pdf>>

11. Piegas LS, Feitosa G, Mattos LA, Nicolau JC, Rossi Neto JM *et al.* Sociedade Brasileira de Cardiologia. IV Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia.** 2009; 93(6 Supl. 2): 179-264. Disponível em:< http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2009/diretriz_iam_9306supl2.pdf>
12. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA.III Diretriz sobre o tratamento do infarto agudo do miocárdio. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia.** 2004; 83 (Suplemento: IV). Disponível em :< http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2004/DirIII_TrataIAM.pdf>
13. Maia DB. Atuação interdisciplinar na Atenção Básica de Saúde: a inserção da Residência Multiprofissional. **Sau. & Transf. Soc.** 2013; 4(1): 103-110. Disponível em: < <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/1825/2485>>
14. Medeiros AL; Santos SR; Cabral RWL. Sistematização da Assistência de Enfermagem: dificuldades evidenciadas pela teoria fundamentada nos dados. **Rev enferm. UERJ.** 2013; 21(1): 47-53. Disponível em: < <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/6347/4520>>
15. Carvalho T *et al.* Reabilitação cardiovascular de portadores de cardiopatia isquêmica submetidos a tratamento clínico, angioplastia coronariana transluminal percutânea e revascularização cirúrgica do miocárdio. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia.** 2007; 88(1): 72- 78. Disponível em :< <http://www.scielo.br/pdf/abc/v88n1/a12v88n1.pdf>>
16. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Diretriz de reabilitação cardíaca. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia.** 2005; 84(5). Disponível em:< http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2005/diretriz_reabilitacao_cardiaca_8405.pdf>
17. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Diretriz de reabilitação cardiopulmonar e metabólica: aspectos práticos e responsabilidades. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia.** 2006; 86(1). Disponível em: < <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2006/8601012.pdf>>
18. Marques KS. **A interação dos profissionais de Educação Física e Fisioterapia na Reabilitação Cardiovascular.** [Monografia] 2004. 61f. Universidade Federal de Santa Catarina. 2004.

19. Oliveira MFP. Aspectos emergentes da psicologia em cardiologia no terceiro milênio. In: Almeida CP; Ribeiro ALA (Orgs). **Psicologia em Cardiologia: novas tendências**. Campinas, SP: Ed. Alínea, 2008, p. 7 – 10

20. Santos SN *et al.* Intervenção psicológica em uma unidade de terapia intensiva de cardiologia. **Rev. SBPH**. 2011; 14(2). Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v14n2/v14n2a05.pdf>>

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Luz AR, Vianna MS. Obtenção de dados, análise e interpretação dos dados e revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual: Luz AR, Vianna MS, Silqueira SMF; Silva PC; Chagas HA; Figueiredo JO; Mortimer FM; Starke AC. Redação do manuscrito: Luz AR, Vianna MS, Silqueira SMF; Silva PC; Chagas HA; Figueiredo JO; Mortimer FM; Starke AC.

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2015-09-08
Last received: 2015-09-15
Accepted: 2015-10-22
Publishing: 2016-01-29