

**Atenção integrada a pessoa com insuficiência cardíaca na perspectiva terapêutico-ocupacional e psicológica: um relato de experiência****Integrated care to the person with heart failure from a therapeutic-occupational and psychological perspective: a case study****Atención integrada a la persona con insuficiencia cardíaca en una perspectiva terapéutico-ocupacional y psicológica: un relato de experiencia****Recebido: 10/04/2017****Aprovado: 15/09/2017****Publicado: 30/03/2018****Mônica Estuque Garcia Queiroz<sup>1</sup>**  
**Mary Lee Faria Norris Nelsen Foz<sup>2</sup>**

Este artigo tem como objetivo relatar a experiência sobre a atenção integrada oferecida pela Terapia Ocupacional e Psicologia às pessoas com diagnóstico de insuficiência cardíaca junto a um hospital privado especializado de cardiologia da Cidade de São Paulo. A abordagem integrada se faz necessária em razão da complexidade dessa patologia que afeta de forma significativa várias dimensões da vida da pessoa, acarretando prejuízos a nível motor, psíquico, social e espiritual repercutindo na funcionalidade e no desempenho ocupacional. Considerando-se as especificidades técnicas científicas de cada uma das profissões, sob uma perspectiva integradora e integral, as referidas áreas técnicas fazem uso de seu arsenal terapêutico para auxiliar pacientes e familiares no processo de adoecimento e enfrentamento das dificuldades presentes.

**Descritores:** Insuficiência cardíaca; Assistência ao paciente; Terapia ocupacional; Atuação (Psicologia).

This article aims to report the experience on integrated management offered by Occupational Therapy and Psychology to people diagnosed with heart failure in a private hospital specialized in cardiology in the city of São Paulo. The integrated approach is necessary because of the complexity of this pathology that significantly impacts multiple dimensions of a person's life, causing motor, psychic, social and spiritual damages that reverberate in the functionality and occupational performance. Considering the technical and scientific specifics of each area, from an integrative and integral perspective, these technical areas make use of their therapeutic arsenal to assist patients and their families in the process of illness and confronting the present difficulties.

**Descriptors:** Heart failure; Patient care; Occupational therapy; Psychology.

Este artículo tiene por objetivo relatar la experiencia sobre la atención integrada ofrecida por la Terapia Ocupacional y Psicología a las personas con diagnóstico de insuficiencia cardíaca junto a un hospital privado especializado en cardiología de la Ciudad de São Paulo. El enfoque integrado es necesario en razón de la complejidad de esa patología que afecta de forma significativa varias dimensiones de la vida de la persona, acarreando daños a nivel motor, psíquico, social y espiritual, lo que repercute en la funcionalidad y en el desempeño ocupacional. Considerando las especificidades técnicas científicas de cada una de las profesiones, bajo una perspectiva integradora e integral, las referidas áreas técnicas hacen uso de su arsenal terapéutico para auxiliar pacientes y familiares en el proceso de enfermedad y enfrentamiento de las dificultades presentes.

**Descriptor:** Insuficiencia cardíaca; Atención al paciente; Terapia ocupacional; Psicología.

1. Terapeuta Ocupacional. Especialista em Didática do Ensino Superior. Terapeuta Ocupacional do Hospital TotalCor. Coordenadora do Núcleo Integrado de Cuidados Paliativos do Instituto de Infectologia Emílio Ribas. Docente do Instituto Paliar. ORCID: 0000-0002-2006-2079 E-mail: monica.estuque@amil.com.br

2. Psicóloga. Especialista em Psicologia Hospitalar e Saúde Mental e, Cuidados Paliativos. Responsável pelo serviço de Psicologia do Hospital Totalcor. ORCID: 0000-0002-0214-4097 E-mail: mary.foz@totalcor.com.br

## INTRODUÇÃO

A II Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca (IC) Crônica da Sociedade Brasileira de Cardiologia<sup>1,2</sup> aponta que a IC é consequência de grande parte das doenças cardíacas, configurando-se em um grave problema de saúde pública, em razão de ser um problema epidêmico em progressão com altos números de hospitalização com reinternações frequentes, associados à morbimortalidade. Desse modo, apresenta-se como um desafio a abordagem de tal complexidade acrescida ao fato de que a IC é a causa mais comum de internação por doença cardiovascular.

O 1º Registro Brasileiro de Insuficiência Cardíaca - Breathe, Brazilian Registry of Acute Heart Failure<sup>2</sup> destaca que 50 mil pessoas por ano morrem no Brasil em razão de complicações cardíacas, com uma estimativa de 100 mil novos casos/ano. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), 23 milhões de pessoas sofrem com doenças cardíacas no mundo<sup>3</sup>.

Segundo a New York Heart Association<sup>4</sup> - NYHA, a IC pode ser classificada de acordo com a intensidade da sintomatologia apresentada pelo paciente e a limitação observada nas atividades cotidianas do indivíduo; com enfoque no comprometimento progressivo da funcionalidade e nas possíveis repercussões na qualidade de vida.

A classificação proposta é dividida em: Classe I, quando há a ausência de sintomas durante atividades cotidianas. A limitação para esforços é semelhante à esperada em indivíduos normais; Classe II, ao se observar a presença de sintomas desencadeados em atividades cotidianas; Classe III, ao se identificar sintomatologias desencadeadas em atividades menos intensas que as cotidianas em pequenos esforços; e Classe IV, caracterizada pela presença de sintomatologias quando em repouso<sup>4</sup>.

É possível identificar em pessoas com diagnóstico de IC mudanças significativas na realização das atividades rotineiras. À medida que há progressão da doença, a incapacidade para executar determinadas tarefas cotidianas aumenta em decorrência dos sinais

## Terapia Ocupacional e Psicologia em Cardiologia

e sintomas da IC (dor ou desconforto precordial, dispnéia, ortopedia, palpitação, síncope, fadiga e edema).

As consequências destas manifestações clínicas são observadas nas dificuldades que as pessoas com diagnóstico de IC apresentam para conviver com as limitações e mudanças decorrentes do processo de adoecimento e resultantes no estilo de vida habitual, no tocante ao desempenho ocupacional (atividades de vida diária, trabalho e lazer), vida social e afetiva, alimentação, sexualidade e demais esferas da vida<sup>5</sup>.

Concomitantemente é possível observar a presença de sentimentos de medo, angústia, tristeza, incertezas, desamparo, desmotivação, entre outros, que podem surgir na pessoa que adoece e, conseqüentemente, em seus familiares. Diante da somatória desses aspectos a IC gera a necessidade de modificações na realidade dos envolvidos, no que diz respeito à necessidade de mudança de estilo de vida e estratégias de enfrentamento.

Mediante a complexidade da realidade, é indicada intervenção multiprofissional ainda em situação de hospitalização, para o enfrentamento da insuficiência cardíaca. Dentre as profissões indicadas para compor uma equipe multiprofissional de atenção à pessoa com insuficiência cardíaca estão a Psicologia e Terapia Ocupacional considerando-se as repercussões da doença nas atividades do cotidiano e na qualidade de vida.

Profissionais da área de Terapia Ocupacional e da Psicologia devem integrar equipes multiprofissionais de atenção a pessoas com IC, em razão da real possibilidade de contribuírem de forma significativa e efetiva para a elaboração de um plano de cuidados integral e integrado, onde a integralidade é entendida na perspectiva da abordagem as esferas: física, psicossocial e espiritual, para que seja possível responder as diferentes necessidades e demandas da referida população.

O presente estudo tem como objetivo relatar a experiência sobre a atenção integrada oferecida pela Terapia Ocupacional e Psicologia às pessoas com diagnóstico de IC

junto a um hospital privado especializado de cardiologia situado na cidade de São Paulo.

## MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência abordando a atenção integrada oferecida às pessoas com diagnóstico de IC junto a um hospital privado especializado de cardiologia situado na Cidade de São Paulo, no Estado de São Paulo, por meio de intervenções terapêuticas oferecida pela Terapia Ocupacional e Psicologia.

## RESULTADOS

As ações descritas no presente estudo retratam a atuação ao paciente internado na unidade de terapia intensiva ou de internação onde a pessoa tem acompanhamento de uma equipe assistencial, incluindo a atuação do terapeuta ocupacional e do psicólogo.

Após a identificação da problemática relacionada à IC é estabelecida uma proposta terapêutica que abrange o paciente e sua família dentro de uma compreensão integral e integrada, sendo este último conceito inserido na visão multiprofissional.

As pessoas que recebem acompanhamento intensivo e especializado das áreas de Terapia Ocupacional e Psicologia são aqueles que se encontram em estágio avançado de doença e que, por esse fato, apresentam repercussões significativas no que diz respeito à funcionalidade e ao desempenho ocupacional, bem como as demais áreas do ser humano, destacando o impacto psicológico.

A experiência relatada segue a seguinte metodologia de trabalho: Identificação da IC em estágio de progressão ou avançado de doença, com sinais de refratariedade e /ou internações frequentes; Encaminhamento a abordagem de Psicologia e Terapia Ocupacional no contexto hospitalar; Discussão com a equipe médica para elucidação do quadro clínico e grau de complexidade a fim de facilitar a definição do plano de cuidados e tomada de decisões.

Destaca-se que esta última etapa inclui e é estendida aos familiares para que possam ser acolhidos quanto a suas dúvidas, angustias e medos no que diz respeito ao processo de

doença e sua evolução.

## DISCUSSÃO

Um estudo sobre a readmissão hospitalar por IC em um Hospital de Ensino no interior, demonstrou que a baixa adesão ao tratamento é uma das principais causas de descompensação da IC, o que sugere a necessidade de definição de estratégia de educação contínuas que sejam resolutivas<sup>6</sup>.

O principal objetivo do acompanhamento integrado é garantir a complementaridade e continuidade da assistência intra e extra-hospitalar e, principalmente, diminuir os impactos e sofrimentos decorrentes do processo de adoecimento.

Quando do momento de alta hospitalar, a pessoa é encaminhada para o serviço de especialidades referenciado com a finalidade de continuidade dos cuidados médicos e psicológicos.

Em situações de descompensação clínica, definida por Mangini, Pires, Braga e Bacal<sup>7</sup> como uma síndrome clínica em razão de uma alteração funcional ou estrutural do coração leva a incapacidade de ejetar ou acomodar sangue, causa limitação funcional e necessita de intervenção terapêutica imediata que demande necessidade de retaguarda hospitalar e /ou internação, é feito contato (via telefone ou mensagem) com a terapeuta ocupacional ou psicóloga para que o paciente e a família sejam acompanhados desde a entrada no pronto-atendimento.

No processo avaliativo é necessário que seja identificado o estágio da doença, suas manifestações, repercussões e, sintomatologia na vida do paciente. Isto pois, há diferença na proposta terapêutica em função de cada estágio, ou seja, observa-se a presença ou não de sintomas estressantes e desgastantes com limitações de repercussão negativa, qual é o tempo de doença, quais tratamentos farmacológicos e não farmacológico já foram propostos e realizados e quais os resultados obtidos, ou até mesmo se está identificada a refratariedade a terapêutica otimizada.

A avaliação prognóstica deve estar presente no contexto de atendimento dos

pacientes com IC, para que a proposta terapêutica seja condizente com a situação clínica e expectativas da equipe assistencial, do paciente e da família,

O tratamento da IC engloba a integralidade do indivíduo, por isto, é fundamental que o acompanhamento seja realizado por uma equipe multiprofissional, com vistas a atender os diferentes aspectos na proposição de um plano de cuidados que objetiva a minimização dos desconfortos e agravos, ao mesmo tempo em que, busca uma melhor adesão do paciente ao tratamento proposto com diminuição da sintomatologia debilitante, a fim de maximizar a condição e qualidade de vida do paciente.

No decorrer da assistência psicológica, destacam-se diferentes e importantes momentos. Primeiramente, o impacto do diagnóstico e a não compreensão sobre o que lhe foi dito, permeado de muita angústia e desamparo. Com o tempo, o paciente começa a se familiarizar e a compreender o processo, que muitas vezes é doloroso por haver confronto com sua própria fragilidade e vulnerabilidade frente à vida.

Outros aspectos com repercussão psicológica decorrem do efeito do tratamento farmacológico com diuréticos, que provocam aumento do número de micções e labilidades emocionais, com sensibilidade aumentada favorecendo situações de constrangimento, o que acarreta mais isolamento pessoal e social.

A vida sexual da pessoa com IC também acaba sendo afetada pela disfunção erétil decorrente do uso de diuréticos e betabloqueadores.

Um aspecto fundamental é avaliar a realização das atividades cotidianas em função da mudança de classe funcional e do aparecimento de sintomas físicos, psicossociais e espirituais que aparecem durante a rotina diária.

A avaliação busca a identificação de atividades que causam desconforto e limitam a capacidade funcional, como cuidar da higiene e tomar banho, vestir e despir, preparar a comida e alimentar-se, participar e cuidar do ambiente doméstico e das compras, subir e descer degraus, caminhar, entre outras.

No processo avaliativo é importante a sistematização dos dados de forma objetiva por meio do uso de escalas, como por exemplo, a Escala de Ansiedade e Depressão - HADS<sup>8</sup>. A HADS permite a observação de uma incidência importante de quadros de depressão e ansiedade que afetam negativamente a adesão à terapêutica instituída e melhoria dos pacientes.

Também é importante a avaliação da qualidade de vida dos pacientes tendo em vista que está frequentemente é prejudicada de forma significativa, assim faz-se necessário a identificação das áreas mais impactadas para que sejam propostas intervenções viáveis e resolutivas.

Um instrumento de avaliação a ser utilizado para a sistematização da atenção à pessoas com IC é o questionário Minnesota Living with Heart Failure<sup>9</sup> que questiona sobre as consequências da doença e do tratamento na vida diária da pessoa adoecida, abordando a presença de sintomas, a percepção do estado psicológico e a realização das atividades cotidianas.

Paralelamente a esta avaliação deve-se valorizar a percepção subjetiva do paciente e seus cuidadores/familiares para facilitar à identificação das reais necessidades e demandas em uma contextualização ampliada e realista.

A análise dos dados obtidos por meio das avaliações permite a sistematização da atenção integrada e integral da Terapia Ocupacional e Psicologia em busca da melhoria da qualidade de vida da pessoa com IC e as repercussões do adoecimento e hospitalização nas relações familiares e afetivas por meio do incremento da funcionalidade do indivíduo.

Tudo isto, em busca reorganização de papéis sociais, mudança de estilo de vida e integração dos aspectos físicos, psicossociais e espirituais.

Atenção especial é oferecida aos pacientes que se encontram em fila de transplante, em razão da situação de tensão física e emocional relacionada à “espera do órgão” ao mesmo tempo em que as condições clínicas estão em declínio e, a necessidade de procedimentos e medidas de suporte de vida

são gradativamente implementadas.

O estresse situacional é impactante e desgastante tanto para o paciente como para seus familiares e, se faz necessário maior proximidade, escuta ativa e acolhimento, direcionado à manutenção do status cognitivo e psíquico durante esse período.

Para os pacientes com indicação de abordagem paliativa em virtude da refratariedade a terapêutica estabelecida, evolução progressiva e em processo de terminalidade, se observa a proposição de medidas como a suspensão de procedimentos fúteis e o não uso de medidas invasivas. Neste contexto, o arsenal terapêutico ocupacional e psicológico é direcionado para auxílio no controle de sintomas e alívio dos sofrimentos nas esferas físicas, psicossociais e espirituais.

Em recente estudo<sup>10</sup> apontou-se a importância da abordagem de Cuidados Paliativos junto a população de pacientes com IC avançada com repercussão no incremento da qualidade de vida, controle de sintomas e alívio de sofrimentos.

O processo avaliativo realizado pela terapeuta ocupacional possibilita a identificação de problemáticas relacionadas às necessidades do paciente e familiar, que irão nortear a proposta terapêutico-ocupacional, dentre elas destacam-se:

- Adaptação das atividades diárias de autocuidado, lazer e trabalho às limitações decorrentes do processo de doença e da terapêutica instituída;
- Orientação para a realização das atividades cotidianas com conservação de energia e proteção articular através da proposição de simplificação de tarefas e definição de prioridades;
- Realização de ações e atividades preventivas, educativas e reabilitadoras visando à melhoria do estado de saúde e o incremento da qualidade de vida e da capacidade funcional;
- Promoção de atividades significativas e que possibilitem o resgate do significado e sentido da vida através da ressignificação da história de vida e atividades cotidianas;
- Reorganização de hábitos, papéis ocupacionais e cotidianos com retomada da vida ativa e significativa com desempenho

funcional e ocupacional adequados ao estágio da doença, prognóstico, consumo energético e limitações presentes;

- Manutenção e/ou adaptação dos projetos de vida de acordo com as reais condições físicas, psicossociais e espirituais;
- Participação social e familiar;
- Acolhimento, apoio e treino dos familiares/cuidadores em razão das demandas advindas do processo de adoecimento do paciente.

Verifica-se a necessidade de programas de reabilitação cardíaca que incrementem a funcionalidade e qualidade de vida dos pacientes<sup>11</sup>; bem como, atenção aos fatores socioculturais no plano de cuidados e evolução dos pacientes com IC<sup>12</sup>.

A avaliação psicológica permite a identificação de problemáticas que deverão ser acompanhadas, na proposição de uma abordagem junto a pacientes e familiares, destacando-se:

- Acompanhamento psicológico da pessoa com IC e seus familiares favorecendo o alívio de sofrimento e a melhor adaptação ao contexto de doença, tratamento e hospitalização;
- Acolhimento das demandas e necessidades de pacientes e familiares;
- Psicoeducação (orientação) aos pacientes e familiares quanto à importância da adesão ao tratamento e mudança do estilo de vida;
- Auxiliar na resolução de conflitos entre paciente, família e equipe;
- Garantir a continuidade dos cuidados no contexto extra-hospitalar e familiar;
- Acompanhar demandas específicas e complexas (como abuso de drogas, dependências e alterações emocionais e/ou psiquiátricas);
- Auxiliar no processo de luto antecipatório no caso de pacientes graves e iminência de óbito;
- Investigar e fortalecer os recursos internos do paciente e família para enfrentamento da doença e do tratamento;
- Conhecer e resgatar a retaguarda sócio familiar.

Tais intervenções buscam responder as necessidades de suporte e retaguarda junto aos familiares, que estão intimamente ligados ao processo e tem suas rotinas alteradas em

função da doença e tratamento do paciente<sup>13</sup>.

## CONCLUSÃO

Como se pôde observar, a IC é uma doença crônica grave com repercussões sistêmicas em todo o organismo, com prejuízo significativo nos projetos de vida, nas relações interpessoais e na autoestima.

Quando o coração, tão cheio de simbolismos é acometido, o paciente se vê diante da sensação e percepção de ameaça à integridade de seu corpo, repercussões negativas em sua qualidade de vida e contato com a possibilidade de morte, em função do acometimento / adoecimento deste órgão, símbolo da vida.

Os aspectos físicos e emocionais constituem-se nas dimensões de maior impacto na vida da pessoa com diagnóstico de IC estando presentes na diminuição da funcionalidade do paciente e na alteração da dinâmica cotidiana.

Frente a esse cenário, é de fundamental importância à abordagem da Terapia Ocupacional e da Psicologia numa perspectiva integral e integradora, a fim de potencializar as qualidades e habilidades do paciente com sobreposição as suas limitações e, com o objetivo de aliviar e controlar sintomas e minimizar os prejuízos e dificuldades presentes.

## REFERÊNCIAS

1. Bocchi EA, Marcondes-Braga FG, Ayub-Ferreira SM, Rohde LE, Oliveira WA, Almeida DR. III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq Bras Cardiol. 2009; 93 (supl.1):1-71.
2. Albuquerque DC, Neto JDS, Bacal F, Rohde LEP, Pereira SB, Berwanger O, et al. I Registro brasileiro de insuficiência cardíaca – aspectos clínicos, qualidade assistencial e desfechos hospitalares. Arq Bras Cardiol. [online]. 2015 June [citado em 23 jan 2016]; 104(6):433-42. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2015000600002&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2015000600002&lng=en) Epub Apr 03, 2015. <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20150031>.

3. Freitas MTS, Puschel, VAA. Insuficiência cardíaca: expressões do conhecimento das pessoas sobre a doença. Rev Esc Enferm. 2013; 47(4):919-26.
4. Scrutinio D, Lagioia R, Ricci A, Clemente M, Boni L, Rizzon P. Prediction of mortality in mild to moderately symptomatic patients with left ventricular dysfunction. The role of the New York Heart Association classification, cardiopulmonary exercise testing, two-dimensional echocardiography and Holter monitoring. Eur Heart J. 1994; 15:1089-95.
5. Zaponi RS, Frez AR, Mora CTR, Ruaro JÁ, Daniel. Avaliação da qualidade de vida de portadores de insuficiência cardíaca congestiva e sua correlação com a classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. Acta Fisiátrica. 2015; 22(3):105-10.
6. Reis MB, Dias MG, Bibanco MS, Lopes CT, Gea GN. Readmissão hospitalar por insuficiência cardíaca num hospital de ensino do interior de São Paulo. Medicina (Ribeirão Preto). 2015; 48(2):138-42.
7. Mangini S, Pires PV, Praga FGM, Bacal F. Insuficiência cardíaca descompensada. Einstein (São Paulo). 2013; 11(3):383-91.
8. Santos MA, Rossi LA, Paiva L, Dantas RAS, Pompeo DA, Machado ECB. Medida da ansiedade e depressão em paciente no pré operatório de cirurgias eletivas. Rev Eletrônica Enferm. (Internet). 2012 [citado em 20 out 2015]; 14(4):922-7. Disponível em: [https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v14/n4/pdf/v14n4a21.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n4/pdf/v14n4a21.pdf).
9. Munyombwe T, Höfer S, Fitzsimons D, Thompson DR, Lane D, Smith K, et al. An evaluation of the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire using Rasch analysis. Qual Life Res. [Internet]. 2014 [citado em 23 jan 2016]; 23:1753. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11136-013-0617-0>. DOI: 10.1007/s11136-013-0617-0
10. Rogers JGM, Patel CB, Mentz RJ, Granger BB, Steinhauser KE, Fiuzat M, et al. Palliative care in heart failure. J Am Coll Cardiol. 2017; 18(3):331-41.
11. Cuerda RC, Diego IMA, Martín JJA, Sánchez AM, Page JCM. Cardiac rehabilitation programs and health-related quality of life:

state of the art. Rev Esp Cardiol. 2012; 65(1):72-9.

12. Castro P, Verdejo H, Garcés E, Concepción R, Sepúlveda L, Lanás F, et al. Influencia de factores socio-culturales en la evolución alejada de pacientes con insuficiencia cardíaca. Rev Chil Cardiol. 2009; 28(1):51-62.

13. Vieira GCA, Cavalcanti ACD, Silva SA, Flores PVP. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes com insuficiência cardíaca: Revisão integrativa. Rev Enferm UFPE [Internet]. 2015 [citado em 23 jan 2016]; 9(2):750-8. Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10395/11156>.

DOI: 10.5205/reuol.7028-60723-1-SM.0902201533

#### CONTRIBUIÇÕES

**Mônica Estuque Garcia de Queiroz** contribuiu na concepção, levantamento dos dados, análise e discussão dos resultados e redação. **Mary Lee Faria Norris Nelsen Foz** participou na concepção, no levantamento de dados, análise e discussão e, redação.

#### Como citar este artigo (Vancouver)

Queiroz MEG, Foz MLFNN. Atenção integrada a pessoa com insuficiência cardíaca na perspectiva terapêutico-ocupacional e psicológica: um relato de experiência. REFACS [Internet]. 2018 [citado em *inserir dia, mês e ano de acesso*]; 6(1):123-129. Disponível em: *inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.

#### Como citar este artigo (ABNT)

QUEIROZ, M. E. G.; FOZ, M. L. F. N. N. Atenção integrada a pessoa com insuficiência cardíaca na perspectiva terapêutico-ocupacional e psicológica: um relato de experiência. REFACS, Uberaba, v. 6, n. 1, p. 123-129, 2018. Disponível em: *<inserir link de acesso>*. Acesso em: *inserir dia, mês e ano de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.

#### Como citar este artigo (APA)

Queiroz, M. E. G. & Foz, M. L. F. N. N. (2018). Atenção integrada a pessoa com insuficiência cardíaca na perspectiva terapêutico-ocupacional e psicológica: um relato de experiência. REFACS, 6(1), 123-129. Recuperado em: *inserir dia, mês e ano de acesso* de *inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.