



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

MARIA ELAINE DE ALMEIDA NOGUEIRA

"PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA CONSCIENTIZAÇÃO E MUDANÇA DE
HÁBITOS DE VIDA DOS PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA"

SÃO PAULO
2018

MARIA ELAINE DE ALMEIDA NOGUEIRA

"PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA CONSCIENTIZAÇÃO E MUDANÇA DE
HÁBITOS DE VIDA DOS PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA"

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família da Universidade Federal de São Paulo
para obtenção do título de Especialista em
Saúde da Família

Orientação: MARIANA CRISTINA LOBATO DOS SANTOS

SÃO PAULO
2018

Introdução

INTRODUÇÃO

A insuficiência cardíaca (IC), uma síndrome clínica complexa de caráter sistêmico e de causa multifatorial, definida como disfunção cardíaca que ocasiona inadequado suprimento sanguíneo para atender as necessidades metabólicas teciduais, é uma doença que se manifesta na maioria da população de forma crônica e progressiva, representando importante problema de saúde pública (MIZZACI et al., 2017).

Aproximadamente 23 milhões de pessoas são portadoras de IC, e 2 milhões de novos casos são diagnosticados a cada ano no mundo. A prevalência da doença aumenta com a idade. Aos 50 anos, a prevalência é de cerca de 1%; aos 80 anos e acima, quase 1 a cada 10 pessoas sofrerão insuficiência cardíaca (MARTINS JÚNIOR, 2017; POFFO et al., 2017). As projeções mostram que a prevalência da insuficiência cardíaca aumentará 46% de 2012 a 2030, resultando em mais de 8 milhões de pessoas com insuficiência cardíaca no mundo (GO et al., 2014).

No Brasil, a IC constitui a primeira causa de internação hospitalar em pacientes acima de 60 anos, e, segundo dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), no ano de 2014, houve 224.290 internações por IC e 22.044 óbitos, contribuindo a IC com 3% do consumo total de recursos desse sistema (MIZZACI et al., 2017; POFFO et al., 2017). O estudo BREATHE (Brazilian Registry of Acute Heart Failure), identificou uma mortalidade intra-hospitalar de 12,6% (ALBUQUERQUE et al., 2015). A taxa de mortalidade é em torno de 50% em cinco anos do diagnóstico (MIZZACI et al., 2017).

O custo socioeconômico da síndrome é elevado e envolve dispêndio com medicamentos, internações repetidas, perda de produtividade, aposentadorias precoces, eventuais cirurgias e transplante cardíaco (MIZZACI et al., 2017). A taxa de readmissão em um mês de pacientes internados por insuficiência cardíaca é de até 25%, de 30% a 50% em noventa dias (KRUMHOLZ et al., 2009; ARRUDA; CAVALCANTI, 2012).

Estudos indicam que a incapacidade dos pacientes em identificar os sinais e sintomas de congestão, o desconhecimento do tratamento (farmacológico e não medicamentoso, que inclui mudança de hábitos de vida, nutrição e reabilitação) e a má adesão à terapêutica são fatores precipitantes que estão envolvidos na descompensação da IC e nas rehospitalizações (CHRISS et al., 2004; CAVALCANTI et al., 2009; ARRUDA; CAVALCANTI, 2012).

Uma maneira de estimular a adesão ao tratamento é por meio da educação em saúde. Na IC as medidas de autocuidado devem incluir o controle do peso, a restrição hidrossalina, a realização de atividade física, o uso regular das medicações e, principalmente, o desenvolvimento de habilidades para o reconhecimento precoce dos sinais de descompensação (RABELO et al., 2007). Essas condutas positivas podem ser transmitidas aos pacientes com IC por meio da educação em saúde, e, ao longo dos anos, tem sido objeto de vários estudos (RABELO et al., 2007; DOMINGUES et al., 2011; RIEGEL et al., 2011). Em meta-análise realizada por Gonseth et al. (2004) evidenciou-se que programas de manejo (visita domiciliar, contato telefônico) da IC para pacientes acima de 65 anos reduzem as readmissões hospitalares por IC ou doenças cardiovasculares em 30%, 12% para todas as causas de readmissões e 18% na redução de evento combinado de readmissão ou morte, concluindo-se que essas intervenções são custo-efetivas.

Assim, utilizando-se dessa estratégia intervencionista, propõe-se o desenvolvimento de um

projeto de educação em saúde na atenção primária visando a mudança de hábitos de vida dos pacientes com IC, por meio do estímulo as medidas não-farmacológicas de acompanhamento clínico e ensino do paciente sobre a doença e seu tratamento por equipe multiprofissional, a fim de buscar a promoção destas mudanças e a adesão ao tratamento, diminuindo os índices de internação e mortalidade.

Justifica-se essa investigação no fato de abordar um problema de saúde pública, com alta taxa de hospitalização, alta taxa de mortalidade e alto custo socioeconômico. Além disso, o conhecimento mais adequado do manejo desta doença, pode mudar o prognóstico desses pacientes.

Objetivos (Geral e Específicos)

OBJETIVOS

♦ *Objetivo geral*

Elaborar um projeto de intervenção com a finalidade de organizar a atenção aos pacientes com insuficiência cardíaca atendidos na UBS [nome da unidade] para conscientização e mudança de hábitos de vida.

- *Objetivos específicos*

- Ampliar a cobertura de atendimento aos usuários com insuficiência cardíaca da UBS [nome da unidade].
- Executar, junto a estes usuários, trabalho educativo, visando diminuir o índice de morbimortalidade, internações hospitalares, aliviar sintomas e melhorar sua qualidade de vida.

Método

MÉTODO

1. Local do estudo

Unidade Básica de Saúde no município de São José dos Campos, principal município da Região Metropolitana do Vale do Paraíba e o mais importante polo aeronáutico e aeroespacial da América Latina. Segundo dados publicados pela Prefeitura de São José dos Campos, o município é composto por três distritos: São José dos Campos (Sede), Eugênio de Melo e São Francisco Xavier, e dividido em seis zonas administrativas: Centro, Norte, Sul, Leste, Oeste e Sudeste.

Quanto à sua demografia, em 2017, sua população foi estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 703.219 habitantes, sendo o sexto mais populoso município de São Paulo e o 26º de todo o país, além de ser o segundo maior município mais populoso do interior do Brasil. Assim como a população paulista em geral, a população joseense é formada por uma grande diversidade de pessoas, que inclui descendentes de índios, bandeirantes paulistas, portugueses, italianos, alemães, japoneses e africanos. Em 2010, segundo dados do Censo IBGE daquele ano, a população joseense era composta por 72,61% brancos; 21,4% pardos; 4,48% pretos; 1,44% amarelos; 0,08% indígenas. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) é considerado elevado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), sendo o 12º maior de todo o Estado de São Paulo, o 13º de toda a Região Sudeste do Brasil e o 24º de todo o país.

A zona rural concentra quase 70% do território do município, boa parte em áreas de proteção ambiental. A agricultura, de pouca representatividade na economia municipal, sendo produzidos na lavoura temporária a cana de açúcar, a batata inglesa e a mandioca. Apesar da agricultura não ser um setor de grande relevância na economia de São José dos Campos, o município é considerado como um polo potencial para a agroindústria em decorrência de sua localização. No município estão instaladas importantes empresas, como Johnson & Johnson, Phillips e Embraer, e relevantes centros de ensino e pesquisa, tais como o Instituto Tecnológico de Aeronáutica (ITA) e o Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (INPE), além de algumas das mais expressivas universidades do país, como a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). O Parque Tecnológico de São José dos Campos, o maior do tipo no país, sedia unidades de pesquisa de grandes empresas, sendo a única cidade do mundo com centros de pesquisas das três maiores fabricantes mundiais de aeronaves, a Embraer, a Boeing e a Airbus, atraindo pessoas das cidades vizinhas e de outras regiões administrativas do Estado de São Paulo. O setor industrial emprega cerca de 50 mil pessoas, em aproximadamente 720 indústrias, tendo sido responsável, em 2013, por 70% do total da lucratividade econômica municipal. Além destas, o setor terciário é muito importante para a economia local, sendo o município considerado como um centro regional de compras e serviços.

No âmbito da saúde, a rede municipal de serviço de saúde é composta por quatro hospitais, sete Unidades de Pronto Atendimento (UPA), 40 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 16 unidades especializadas em saúde, além de outras unidades e hospitais contratados e conveniados. As UPAs e os hospitais têm atendimento 24 horas e estruturas de complexidade intermediária, atendendo às urgências hospitalares. Nas UBS, separadas por região

administrativa (Centro, Norte, Sul, Leste, Oeste e Sudeste), são desenvolvidos programas de prevenção como os grupos de hipertensão, diabetes, asma, gestantes, planejamento familiar, além de serviços básicos como curativos, inalação, vacinas, entrega de medicamentos, testes do pezinho, preventivo ginecológico, teste de gravidez, verificação de pressão arterial, peso, altura, entre outros, com horário de funcionamento de segunda a sexta-feira, das 07:00h às 18:00h.

O presente projeto de intervenção tem por local de atuação a Unidade Básica de Saúde (UBS) Altos de Santana, que se encontra localizada a Rua Alto do Rio Doce, 1585, Jardim Altos de Santana, São José Dos Campos - SP. É um local com recepção, sala da direção, sala para triagem, sala para clínico geral, curativos, sala de vacinas, cozinha, banheiro para usuário e banheiro para funcionários. A equipe multidisciplinar de saúde atuante na UBS está constituída, neste momento, por 13 Agentes Comunitários de Saúde (ACS); 2 agentes de higienização; 1 auxiliar administrativo; 1 auxiliar de saúde bucal (ASB); 2 técnicos de higiene bucal (THB); 8 técnicos de enfermagem; 3 enfermeiros; 3 cirurgiões dentistas; 3 médicos de Saúde da Família; 1 ginecologista e 1 pediatra.

A unidade presta atendimento de atenção básica à saúde nas seguintes especialidades: Clínica Médica, Ginecologia, Pediatria, Psicologia e Odontologia. Nesta mesma unidade temos os Programas: Planejamento Familiar, Pé Diabético, Programa de Hipertensão e Diabetes (Hiperdia), Programa de Hanseníase, Grupo de Menopausa, grupo da Terceira Idade, Acolhimento Mãe Bebê, Programa de Vacinação, Teste do Pezinho, Odonto Bebê, Projeto Caminhar, Grupo de Tabaco, Terapia Comunitária e Artesanato, Lian Gong, Shantala, Grupo Alecrin, Horta Comunitária etc. Segundo relatos dos funcionários da UBS, a população atendida é participativa e sabe reivindicar seus direitos.

2. Público alvo

Pacientes portadores de insuficiência cardíaca atendidos na unidade Altos de Santana no conceito de ESF, na qual foi realizada a análise situacional.

3. Participantes

Gestores e profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, ACS) da unidade Altos de Santana.

4. Plano de ação

1ª Etapa. Por meio de registros da unidade e entrevistas com pacientes (consulta médica, triagem, visita domiciliar, etc.) buscar-se-á conhecer o número real de pacientes portadores de insuficiência cardíaca na microrregião atendida pela equipe de saúde. Serão levantados o conhecimento desses pacientes sobre as medidas de autocuidado, tratamento e adesão a terapêutica, hábitos e práticas de vida a fim de que seja possível elaborar um diagnóstico de saúde para essa população, registrar informações sobre a vida do paciente

que possibilite conhecer seu estilo de vida e identificar as necessidades de educação em saúde no cenário real desses pacientes. Serão definidos também problemas intermediários que contribuem para o surgimento do problema finalístico, a partir dos quais será planejado o enfrentamento estratégico da situação.

2ª Etapa. Reunião com os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, ACS) e gestores da unidade a fim de discutir os dados levantados. Buscar-se-á identificar os pontos críticos na unidade que possam interferir no atendimento e educação em saúde dos pacientes com insuficiência cardíaca, a partir dos quais também será planejado o enfrentamento estratégico da situação.

3ª Etapa. Apresentação do projeto de intervenção que visa conscientizar e promover mudança de hábitos de vida dos pacientes com insuficiência cardíaca aos gestores da unidade com o objetivo de análise e aprovação. Buscar-se-á por meio deste projeto acompanhar e orientar o paciente com insuficiência cardíaca quanto ao conhecimento da doença, habilidades para o autocuidado e qualidade de vida. O plano de ação consiste na realização de visitas domiciliares e criação de grupo de orientação de pacientes, com realização de palestras educativas, discussão direta de casos pessoais e promoção do apoio para o estabelecimento da autogestão do tratamento. O grupo será constituído por médico generalista, enfermeiros e ACS. Os encontros serão realizados mensalmente e o conteúdo abordará aspectos da patologia, do tratamento farmacológico e medidas de autocuidado (controle do peso, alimentação, realização de atividades físicas, uso regular das medicações, reconhecimento dos sinais de descompensação). Em cada encontro será trabalhado também aspectos emocionais, de forma a ajudar o paciente a melhor compreender e conviver com sua condição clínica, bem como agendamento para avaliação clínica em 60 dias. Será implementado acompanhamento médico para os pacientes que aderirem à prática de atividades físicas, com agendamento mensal para adequação dessa atividade ao tratamento não medicamentoso e avaliação da evolução desses pacientes. Também será produzido material escrito incentivando a mudança de estilo de vida e instruindo os pacientes quanto às práticas que irão compor o cuidado diário, com orientações sobre uso de medicamentos, alimentação, atividades físicas, evidenciando a importância de seguir um novo estilo de vida que proporcione melhoras no quadro clínico. A ênfase será sempre a questão da melhora da qualidade de vida. O quadro a seguir, elaborado com base nas diretrizes de insuficiência cardíaca e na literatura sobre o tema, explicita as principais intervenções a serem desenvolvidas junto aos pacientes com insuficiência cardíaca no projeto de intervenção proposto.

Quadro 1 - Ações a serem desenvolvidas no projeto de intervenção

Educação em saúde - Enfoque abordado	Estratégias	Intervenções
---	--------------------	---------------------

Conhecimento da doença	<ul style="list-style-type: none"> - Orientação em grupo - Discussão individual - Visita domiciliar - Material escrito - Recurso audiovisual 	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar a definição, causas e ocorrência dos sintomas da IC* • Orientar quanto a importância do controle do peso diário, restrição de sódio e líquido, realização de atividade física monitorada, restrição de álcool e cigarros, e controle do calendário vacinal.
Monitorização dos sinais e sintomas de descompensação	<ul style="list-style-type: none"> - Orientação em grupo - Discussão individual - Visita domiciliar 	<ul style="list-style-type: none"> • Educar o paciente para reconhecer e monitorar os sinais e sintomas de descompensação da IC • Orientar o paciente quanto a importância do controle do peso diário, observar sinais de cansaço, dispnéia e edema. • Incentivar o paciente a procurar a equipe de saúde especializada precocemente a partir do aparecimento dos sintomas de descompensação
Uso de medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> - Discussão individual - Orientação em grupo - Visita domiciliar - Material escrito - Recurso audiovisual 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar o paciente quanto ao uso adequado dos medicamentos (quantidade, horário e dosagem)
Aderências as medidas não farmacológicas	<ul style="list-style-type: none"> - Discussão individual - Visita domiciliar - Material escrito - Orientação em grupo - Recurso audiovisual 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorização do peso diário, sendo o ganho de peso igual ou superior a 2 kg em 2 dias um sinal de alerta para a procura da equipe de saúde de IC • A restrição de sódio deve ser individualizada de acordo com o estágio da IC, sendo indicada em pacientes com IC avançada 2-3g/d de sódio • A ingestão de líquidos deve ser em média 1000 1500ml/d • A prática de atividade física deve ser individualizada de acordo com o estágio da IC e com indicação médica • Encorajar o paciente a abandonar o uso de cigarros e bebida alcoólica • Orientar quanto a administração da vacina pneumocócica polivalente em dose única com reforço após os 65 anos e em pacientes com alto risco, e a administração anual da vacina anti-influenza

*IC = insuficiência cardíaca.

4ª Etapa. Reunião com lideranças políticas e educacionais da região para o desenvolvimento de parcerias que possam potencializar a ação a ser desenvolvida, visando favorecer a integração de projetos sociais e setores afins voltados para a promoção de saúde no município de São José de Campos.

5ª Etapa. Elaboração e apresentação de relatório conclusivo aos gestores da unidade, no prazo de um ano da implantação do projeto de intervenção. Reavaliação após esse período da necessidade e periodicidade de atualizações e acompanhamento sobre o tema com a equipe.

5. Avaliação e monitoramento

A avaliação deverá acontecer durante todo o processo de realização do projeto, por meio de reuniões bimestrais com a equipe envolvida. Serão utilizados como instrumento de análise os prontuários clínicos. Também serão realizadas entrevistas com os pacientes com insuficiência cardíaca, 06 meses e 12 meses após a implantação do projeto. O resultado final da ação interventiva será realizado por meio da análise comparativa dos dados anteriores e posteriores ao início do projeto de intervenção.

Resultados Esperados

Espera-se com o presente projeto de intervenção desenvolver práticas de autocuidado na pessoa portadora de IC, a fim de possibilitar melhor controle da doença e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida.

Assim, almeja-se com a implantação deste projeto, em relação aos participantes:

- ampliar a compreensão clínica da IC e seus agravamentos.
- capacitar para o reconhecimento precoce de sinais e sintomas da descompensação.
- promover o uso regular dos medicamentos (quantidade, horário e dosagem).
- aderir as medidas não farmacológicas: monitorização do peso diário; restrição de sódio e líquidos; prática de atividades físicas; imunização; restrição de fumo e álcool.
- possibilitar melhor enfrentamento das situações provocadas pelo agravamento da condição cardíaca no decorrer da evolução da IC.

Em relação à unidade Altos de Santana, os resultados esperados são:

- contribuir para a condução de ações relacionadas à educação em saúde visando o controle e gerenciamento dos sintomas pelo paciente e sua família.
- reduzir o número de reinternações de pacientes com IC.

Referências

- Albuquerque, D.C.; Neto, J.D.; Bacal F.; Investigadores Estudo BREATHE et al. I Registro Brasileiro de Insuficiência Cardíaca – Aspectos Clínicos, Qualidade Assistencial e Desfechos Hospitalares. **Arq Bras Cardiol.**, v. 104, n. 6, p. 433-442, 2015.
- ARRUDA, C.S.; CAVALCANTI, A.C.D. Ensino ao paciente com insuficiência cardíaca: estratégias utilizadas nas intervenções de enfermagem. **Cogitare Enferm.**, v. 17, n. 2, p. 355-361, 2012.
- Cavalcanti, A.C.D.; Correia, D.M.S.; Queluci, G.C. A implantação da consulta de enfermagem ao paciente com insuficiência cardíaca. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 11, n. 1, p. 194-199, 2009.
- CHRIS, P.; SHEPOSH, J.; CARLSON, B.; RIEGEL, B. Predictors of successful heart failure self-care maintenance in the first three months after hospitalization. **Heart Lung**, v. 33, n. 6, p. 345-353, 2004.
- DOMINGUES, F.B.; CALUSELL, N.; ALITI, G.B. et al. Educação e monitorização por telefone de pacientes com insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado. **Arq Bras Cardiol.**, v. 96, n. 3, p. 233-239, 2011.
- Go, A.S.; Mozaffarian, D.; Roger, V.L. et al. Heart disease and stroke statistics--2014 update: a report from the American Heart Association. **Circulation**, v. 129, n. 3, p. e28-e292, 2014.
- GONSETH, J.; GUALLAR-CASTILLÓN, P.; BANEGAS, J.R.; RODRÍGUEZ-ARTALEJO, F. The effectiveness of disease management programmes in reducing hospital re-admission in older patients with heart failure: a systematic review and meta-analysis of published reports. **Eur Heart J**, v. 25, n. 18, p. 1570-1595, 2004.
- Krumholz, H.M.; Merrill, A.R.; Schone, E.M. et al. Patterns of hospital performance in acute myocardial infarction and heart failure 30-day mortality and readmission. **Circ Cardiovasc Qual Outcomes**, v. 2, n. 5, p. 407-413, 2009.
- MARTINS JÚNIOR, L. Insuficiência cardíaca diastólica. **Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba**, v. 19, n. 2, p. 92-93, 2017.
- MIZZACI, C.C.; RIEIRA, R.; MARTIMBIANCO, A.L.C. Tratamento farmacológico para insuficiência cardíaca sistólica crônicas e as evidências disponíveis: uma revisão narrativa da literatura. **Diagn Tratamento**, v. 22, n. 1, p. 8-20, 2017.
- POFFO, M.R.; ASSIS, A.V.; FRACASSO, M. et al. Perfil dos pacientes internados por insuficiência cardíaca em hospital terciário. **Int J Cardiovasc Sci.**, v. 30, n. 3, p. 189-198, 2017.
- RABELO, E.R.; ALITI, G.B.; DOMINGUES, F.B. et al. O que ensinar aos pacientes com insuficiência cardíaca e por quê: o papel dos enfermeiros em clínicas de insuficiência cardíaca. **Rev Latino-am Enferm.**, v. 15, n. 1, p. 165-170, 2007.
- RIEGEL, B.; LEE, C.S.; DICKSON, V.V. Medscape self care in patients with chronic heart failure.

Nat Rev Cardiol., v. 11, n. 8, p. 1-11, 2011.