

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS-UFMG
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA-NESCON
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**GESTÃO CLÍNICA DOS PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA
CONGESTIVA DA EQUIPE VERMELHA DO CENTRO DE SAÚDE VISTA
ALEGRE**

LEANDRO LIMA COSTA

BELO HORIZONTE

2011

LEANDRO LIMA COSTA

**GESTÃO CLÍNICA DOS PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA
CONGESTIVA DA EQUIPE VERMELHA DO CENTRO DE SAÚDE VISTA
ALEGRE**

Trabalho apresentado para Conclusão de Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção de título de Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família.

Orientadora: Professora Valéria Tassara

BELO HORIZONTE

2011

LEANDRO LIMA COSTA

**GESTÃO CLÍNICA DOS PACIENTES COM INSUFICIENCIA CARDÍACA
CONGESTIVA DA EQUIPE VERMELHA DO CENTRO DE SAÚDE VISTA ALEGRE**

Trabalho apresentado para Conclusão de Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção de título de Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família.

Orientadora: Professora Valéria Tassara

Banca Examinadora

Prof.-----UFMG

Profa.-----UFMG

Profa. -----UFMG

Aprovado em Belo Horizonte ____/____/____

Resumo

Este relato de experiência tem como objetivo ressaltar a importância da gestão clínica de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis atendidos pela Equipe Vermelha do Centro de Saúde Vista Alegre na Regional Oeste em Belo Horizonte. Os pacientes com insuficiência cardíaca congestiva foram escolhidos devido à importância das doenças cardiovasculares na morbimortalidade de muitos pacientes. Estes pacientes frequentemente agudizavam e demandavam muito tempo e atenção da equipe. O trabalho era realizado para atendimento dos casos agudos e não havia tempo para planejamento para ações de vigilância, promoção e prevenção. Através do Projeto Território, implantado pela Secretária Municipal de Saúde de Belo Horizonte, a equipe iniciou o processo de alinhamento conceitual para implementação da Gestão Clínica de Doenças Não Transmissíveis. Assim a assistência passou a ser interdisciplinar e contínua com avaliação de metas e resultados.

Palavras-chaves: gestão clínica, insuficiência cardíaca, equipe de saúde da família

Abstract

This report of experience aims to highlight the importance of clinical management of patients with chronic diseases treated by the Red Team Health Center Vista Alegre in the western region of Belo Horizonte. Patients with congestive heart failure were chosen because of the importance of cardiovascular morbidity and mortality in many patients. These patients often accentuate and required much time and attention of the team. The work was carried out for care of acute cases and there was no time to plan for surveillance, prevention and promotion. Through Project Planning, established by the Secretary of Health of Belo Horizonte, the team began the process of conceptual alignment for implementation of the Clinical Management of Noncommunicable Diseases. So care has to be interdisciplinary and continuous evaluation of goals and results.

Keywords: clinical management, heart failure, family health team

Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	6
2. DESENVOLVIMENTO.....	8
2.1. ATENÇÃO AS DOENÇAS CRÔNICAS.....	8
2.2. FUNDAMENTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS.....	8
2.2.1. GESTÃO CLÍNICA.....	8
2.2.2. PILARES DA GESTÃO CLÍNICA.....	9
2.2.2.1. Efetividade clínica.....	9
2.2.2.2. Gerenciamento de risco e cultura da segurança do paciente...11	
2.2.2.3. Envolvimento do usuário: o terceiro pilar da gestão clínica...11	
2.2.3. PRINCÍPIOS DA GESTÃO CLÍNICA.....	12
2.2.4. AUDITORIA CLÍNICA:.....	12
2.2.4.1 Registros clínicos:.....	13
2.3. RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	13
2.3.1. INTRODUÇÃO.....	13
2.3.2. DADOS DO CENTRO DE SAÚDE VISTA ALEGRE.....	14
2.3.2.1 Dados da Equipe Vermelha do Centro de Saúde Vista Alegre.15	
2.3.3. PLANEJAMENTO DO PROCESSO DE TRABALHO.....	15
2.3.3.1. Planejamento e preparação.....	16
2.3.3.2. Execução.....	17
2.3.3.3. Revisão, ação e ajustes.....	24
2.3.3.3.1. Revisão:.....	24
2.3.3.3.2. Ações e ajustes.....	25
3. CONCLUSÕES.....	26
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	27
5. APÊNDICE.....	28
5.1. Apêndice A: Modelo de atendimento projeto ICC.....	28
5.2. Apêndice B: Organograma de atendimento.....	31

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho busca analisar a experiência de gestão clínica dos pacientes com insuficiência cardíaca congestiva (ICC) desenvolvida na equipe vermelha do Centro de Saúde Vista Alegre (CSVA). Um dos principais problemas enfrentados na unidade consiste no grande número de pacientes com demanda espontânea. A procura diária gera uma sobrecarga nos profissionais que gastam muito tempo no atendimento de casos agudos, o que diminui a atenção aos problemas crônicos e fundamentalmente de prevenção.

O relato tem como base a experiência desenvolvida no Centro de Saúde a partir da implementação de um projeto da Secretária Municipal de Saúde de Belo Horizonte que possibilitou à equipe iniciar os trabalhos para mudar este panorama. O Projeto Territórios: Gestão Clínica das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) mobilizou a equipe para organizar o processo de trabalho para atuar no atendimento baseado nos princípios e pilares da gestão clínica. O objetivo principal foi diminuir o número de agudizações e melhorar a qualidade do cuidado. Este projeto apresentou a metodologia para organizar o processo de trabalho por meio da utilização das linhas de cuidado, diretrizes clínicas, gerenciamento de condições crônicas, gerenciamento de caso, atendimento compartilhado e auditoria clínica.

Os profissionais do Centro de Saúde Vista Alegre foram orientados por apoiadores do Distrito Regional Oeste (DRO) para o desenvolvimento do processo de organização do trabalho. As bases metodológicas do projeto foram coordenadas pelos apoiadores com a participação ativa da equipe com relação aos detalhes e particularidades da unidade para implementação da gestão clínica.

O Projeto Territórios definiu que o início do trabalho seria com pacientes com insuficiência cardíaca congestiva. Os agentes de saúde convidaram os pacientes com ICC para o atendimento compartilhado na unidade e para o início da implementação do projeto. O primeiro encontro ocorreu com pacientes de duas equipes, quatro pacientes por equipe. Estes foram recebidos pelos médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes de saúde pertencentes às respectivas equipes. Além destes, os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) também participaram do encontro. O projeto foi apresentado aos pacientes e os mesmos foram encaminhados para atendimento médico e de enfermagem. Os atendimentos individualizados seguiram os modelos propostos pelo projeto. Desta forma, dados importantes da anamnese e exame físico deveriam ser anotados conforme modelo apresentado anteriormente. Os profissionais do NASF agendaram atendimentos em grupo e a

partir daí foram definidos encontros individualizados de acordo com a singularidade de cada usuário.

Após o atendimento inicial, a equipe se reunia novamente e uma análise geral dos atendimentos foi realizada. Foram discutidos pontos positivos e negativos e planejadas novas metas e objetivos individualizados e coletivos.

Com o desenvolvimento desse trabalho, é possível afirmar que muitos pacientes obtiveram melhora do seu quadro clínico tanto pela mudança terapêutica de acordo com diretrizes quanto pela adoção de medidas de vigilância e promoção. Por isso, vários usuários reconheceram o trabalho e o empenho da equipe, e regularmente em consultas individuais e ou atendimentos em grupos o trabalho foi elogiado.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1. ATENÇÃO AS DOENÇAS CRÔNICAS

Atualmente ocorre um aumento vertiginoso no número de doenças crônicas devido ao decréscimo nas doenças transmissíveis, mudança no estilo de vida e o rápido envelhecimento da população. O sistema de atenção à saúde no mundo está voltado para tratar os sintomas quando aparecem casos agudos (OMS, 2002).

Atualmente, as condições crônicas são responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo. O crescimento é tão vertiginoso que, no ano 2020, 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento devem advir de problemas crônicos. (OMS, 2002, p. 5)

Tanto os países em desenvolvimento quanto os desenvolvidos enfrentam dificuldades no tratamento das doenças crônicas. O grande desafio do século no mundo é conseguir gerenciar tais patologias. É necessário o desenvolvimento de novas ferramentas de condução das condições crônicas para uma melhor solução do problema (OMS, 2002).

Neste sentido, a atenção primária e principalmente a atuação da equipe de saúde da família são elementos fundamentais para o enfrentamento das condições crônicas. As equipes devem estar preparadas, informadas e motivadas. O modelo médico centrado deve ser substituído por um atendimento interdisciplinar onde cada profissional desenvolve ao máximo seus pontos fortes (OMS, 2002). A gestão clínica, nesse contexto, apresenta-se como uma ferramenta importante a ser implementada.

2.2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS-METODOLÓGICOS

2.2.1. GESTÃO CLÍNICA

A gestão clínica é uma estratégia na qual são utilizados todos os meios e recursos disponíveis para atingir uma qualidade e segurança no cuidado aos usuários do sistema de saúde. O grande desafio é transportar o conhecimento de diretrizes, linha de cuidado, gerenciamento de doença e gerenciamento de caso, para ações coordenadas que têm uma utilização prática. Este processo é contínuo e a busca por qualidade e segurança nunca

termina. Desta forma, sempre há algo que pode ser melhorado e mesmo as experiências com desfechos desfavoráveis servem de exemplo para avaliação e mudança de condutas.

A solução está em adotar uma nova forma de encarar e gerenciar as condições crônicas. Mediante inovação, os sistemas de saúde que dispõem de recursos escassos ou praticamente inexistentes poderão maximizar os resultados, reorientando os modelos antes voltados a problemas agudos para o atendimento das condições crônicas (OMS, 2002, p. 13).

2.2.2. PILARES DA GESTÃO CLÍNICA:

A Gestão clínica tem como pilares: a efetividade clínica, gerenciamento de risco e cultura de segurança do paciente e envolvimento do usuário.

2.2.2.1. Efetividade clínica

É quando a equipe promove intervenções para melhoria da saúde dos usuários. O fruto do trabalho da gestão clínica é a efetividade que requer a responsabilização de todos para atingi-la. Ou seja, é quando a pessoa certa, faz a coisa certa, da forma certa, na hora certa, no local certo (BERGMAN, 1981).

Para atingir a efetividade clínica, é necessário utilizar algumas ferramentas que facilitem tais ações: diretrizes clínicas, linhas de cuidado, gerenciamento de doença e gerenciamento de casos.

As diretrizes clínicas sintetizam o melhor do conhecimento para ajudar os profissionais na tomada de decisões. Elas devem ser seguidas por todos os profissionais, ajustadas às realidades locais e adaptadas às singularidades do paciente e dos recursos disponíveis. O quadro 01 abaixo cita as vantagens da utilização dessas diretrizes.

Quadro 01 - Vantagens da utilização de diretrizes

Contribuem na melhora da qualidade do cuidado de populações específicas, como referencial de efetividade clínica da prevenção ao cuidado paliativo.

Promovem o trabalho em equipe

Promovem a prática baseada em evidências

Melhoram a comunicação com o usuário

Estabelecem critérios explícitos para definição de fluxos, regulação e utilização de recursos

Promovem o desenvolvimento profissional contínuo

Reduzem as iniquidades (variabilidade e não conformidade com a qualidade)

Constituem respaldo e referencial para demandas judiciais

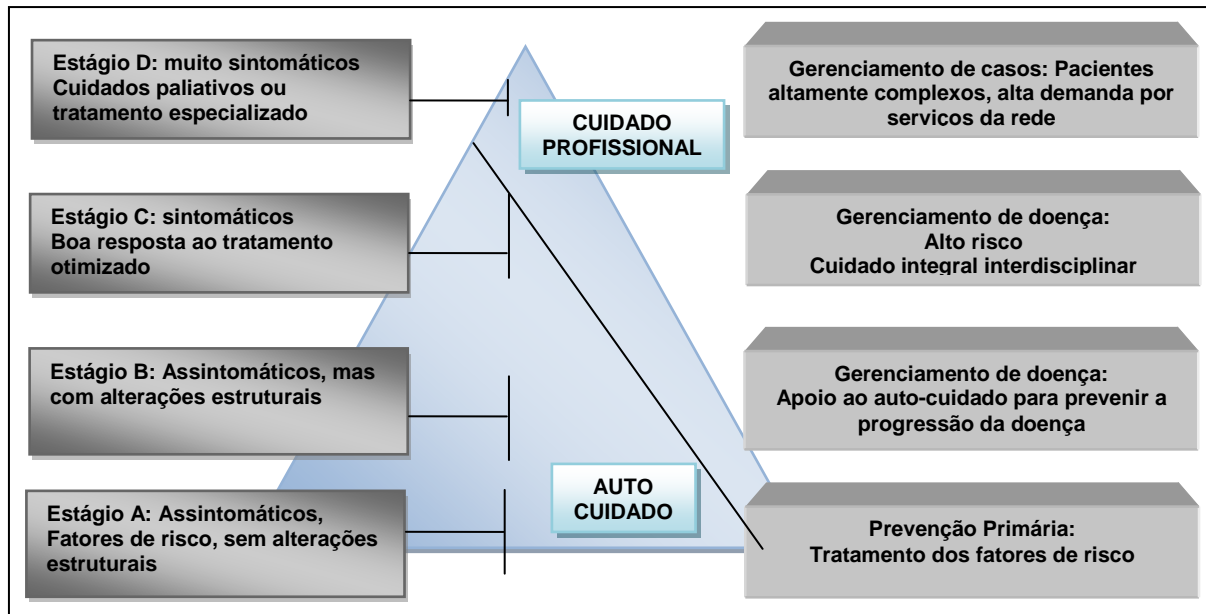
Fonte: Alinhamento Municipal Construção Coletiva da Linha de Cuidado do Diabetes. Belo Horizonte novembro 2010 – abril 2011

As linhas de cuidado são estratégias para lidar com a evolução da doença que o paciente atravessa durante sua vida. Desde o quadro inicial, como por exemplo hipertensão arterial sistêmica (HAS) estágio I, até condições graves e complexas, como ICC. Ela deve ser iniciada na unidade de saúde e pressupõe a organização dos usuários para o atendimento de situações específicas. Deve se basear na integralidade, acessibilidade, responsabilizações e atendimento interdisciplinar com articulação nos diferentes pontos da rede de saúde (BRASIL, 2006).

O gerenciamento de doença (ou condição de saúde) e de casos representa a aplicação das linhas de cuidado de acordo com as necessidades do usuário e a disponibilização de recursos. Deve se basear na estratificação de risco, no qual casos graves devem receber intervenções mais intensivas e casos menos graves monitoramento e ações de prevenção e auto-cuidado.

O primeiro passo para utilização das linhas de cuidado e gerenciamento de doença e de casos é o conhecimento dos pacientes e a estratificação dos mesmos por meio do risco e gravidade da doença. A estratificação de risco da ICC está representada na figura 01.

Figura 01 - Estratificação de risco dos pacientes com ICC



Fonte: Modelo da Kaiser Permanente, adaptado para insuficiência cardíaca congestiva

2.2.2.2. Gerenciamento de risco e cultura da segurança do paciente

A entrada no sistema de saúde por um usuário com determinada demanda o expõe ao risco. Este risco está associado aos tratamentos equivocados e realização de procedimentos sem necessidade do ponto de vista científico (BHASALE et al, 1998). Por isso, é necessário basear o cuidado em diretrizes científicas. Quando um erro é detectado, ele deve ser encarado como um desafio para modificar o processo de trabalho para que o risco potencial à saúde do paciente seja eliminado. Este pilar da gestão clínica diz respeito à capacidade de avaliar um problema e solucioná-lo da melhor forma possível com envolvimento interdisciplinar e responsável.

2.2.2.3. Envolvimento do usuário: o terceiro pilar da gestão clínica

O auto-cuidado é fundamental para efetividade clínica. Desta forma, nada adiantaria na gestão de caso grave, se a equipe se mobiliza para um melhor diagnóstico, tratamento e articulação com a rede de saúde para obtenção de medicamentos e exames complementares sofisticados, se o paciente não fizer uso correto da medicação ou faltar ao procedimento diagnóstico complexo. Isto faz com que a equipe se desmotive e perca tempo devido à falta de

responsabilização do usuário. O auto-cuidado é importante, pois é um dos pilares para efetividade da gestão clínica.

2.2.3. PRINCÍPIOS DA GESTÃO CLÍNICA

Para que a gestão clínica ocorra é necessário seguir alguns princípios destacados no quadro 02:

Quadro 02 – Princípios da Gestão Clínica

- 1- O que realmente importa, objetivo e foco maior, são os resultados para o paciente.**
- 2- As lideranças clínicas devem promover envolvimento para a pactuação de responsabilizações.**
- 3- Dados e informações devem ser utilizadas para orientar as ações.**
- 4- A promoção da qualidade deve ser auto-sustentável.**
- 5- A abordagem de problemas e desafios deve ser sistêmica e não focada em indivíduos ou na busca por culpados.**
- 6- Uma forte cultura do aprendizado, a partir das demandas, erros e falhas devem ser disseminadas.**

FONTE: Adaptado Material de apoio ao Projeto de Gestão Clínica nas Doenças Crônicas .

2.2.4. AUDITORIA CLÍNICA:

Auditoria clínica significa medir a performance para melhorar. Para planejamento de ações é necessário saber como estamos. Assim, só é possível estipular metas, se sabemos onde estamos e onde queremos chegar. A auditoria clínica pressupõe a utilização sistemática de dados dos pacientes das equipes (NICE, 2002). É necessária precisão e responsabilidade no preenchimento de prontuários e sistematização na interpretação destes dados.

O órgão do Sistema Único de Saúde (SUS) responsável para auditoria é: Departamento de Auditoria do SUS (DENASUS) tem, entre suas funções, verificar a

adequação, a qualidade e a efetividade dos procedimentos e serviços de saúde que são disponibilizados à população.

2.2.4.1. Registros clínicos

Para que seja feito é necessária uma metodologia para registrar os dados e como interpretá-los. Além disso, é fundamental um modelo para avaliação das informações e planejamento de melhorias. A figura 02 ilustra a metodologia de trabalho adotada.

Figura 02 – Metodologia de trabalho adotada



Fonte: Adaptado Alinhamento Municipal Construção Coletiva da Linha de Cuidado do Diabetes. Belo Horizonte novembro 2010 – abril 2011

2.3. RELATO DE EXPERIÊNCIA

2.3.1 INTRODUÇÃO

Com objetivo de qualificar o cuidado dos portadores de DCNT, a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA) desenvolve estratégias relacionadas à Gestão Clínica. Trata-se de uma parceria entre SMSA, Ministério da Saúde (MS) e Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE).

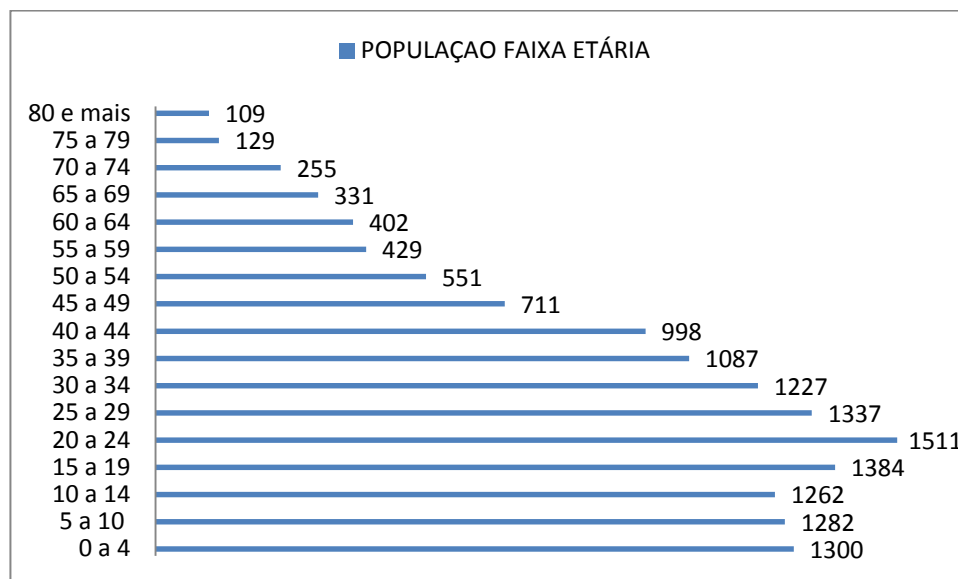
Este estudo foi realizado por meio da análise de dados dos prontuários dos pacientes com ICC que foram atendidos no projeto gestão clínica, no período de dezembro de 2010 à março de 2011. Estes pacientes foram avaliados de acordo com o modelo do apêndice A. Antes disso, foram necessárias as definições dos critérios de inclusão e exclusão de pacientes no estudo, protocolos utilizados, fluxo de atendimento e planejamento de acompanhamento. Este processo de trabalho foi construído em reuniões entre as equipes.

2.3.2. DADOS DO CENTRO DE SAÚDE VISTA ALEGRE

O Centro de Saúde Vista Alegre (CSVA) está localizado no Distrito Sanitário Oeste de Belo Horizonte. A população do CSVA é de 14.305 habitantes, destes 68,8% vivem em área de elevado risco e 31,2% vivem em área de médio risco (IBGE, 2000).

A distribuição da população do CSVA por faixa etária está representada no

Gráfico 01 - População do CSVA por faixa etária



Fonte: Censo IBGE, 2000

A Unidade está instalada em um prédio de 2 andares, ligados por rampas e escadas e conta hoje com 7 consultórios além das salas de procedimentos e apoio: curativo, vacina, expurgo, arsenal, zoonoses, serviço social, administração, reunião e gerência.

Há na área de abrangência do CSVA: 4 creches conveniadas a Prefeitura de Belo Horizonte, 2 escolas (1 municipal e 1 estadual), 2 rádios comunitárias, 1 grupo de terceira idade, 1 Alcoólicos Anônimos, 2 igrejas católicas e diversas igrejas evangélicas. As igrejas

prestam serviços variados tais como: curso de língua estrangeira, supletivo primeiro e segundo grau, pré-vestibulares, aulas de violão e teclado, distribuição de cestas básicas, visitas a enfermos, encaminhamentos a consultas oftalmológicas, odontológicas e de recuperação de dependentes químicos.

2.3.2.1. DADOS DA EQUIPE VERMELHA DO CENTRO DE SAÚDE VISTA ALEGRE

A Equipe Vermelha (EV) pertence ao CSVA e abrange os setores censitários 05.67.0030 e 05.67-0033. De acordo com o Censo 2000 possui uma população total de 2.494. Esta população divide-se em faixa etárias de acordo com a tabela 01.

Tabela 01 - População da equipe vermelha por faixa etária

FAIXA ETÁRIA	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
0 a 4 anos	114	106	220
5 a 9 anos	116	114	230
10 a 14 anos	117	99	216
15 a 19 anos	107	141	248
20 a 29 anos	265	252	517
30 a 39 anos	206	211	417
40 a 49 anos	127	149	276
50 a 59 anos	65	101	166
60 a 69 anos	44	72	116
70 a 79 anos	23	40	63
80 anos e mais	9	16	25
TOTAL	1193	1301	2494

Fonte: Censo 2000.

2.3.3. PLANEJAMENTO DO PROCESSO DE TRABALHO

O planejamento do processo de trabalho foi baseado nos ciclos do *Plan do study act* (PDSA).

2.3.3.1. PLANEJAMENTO E PREPARAÇÃO

A reunião inicial com a equipe interdisciplinar foi realizada para alinhamento conceitual e conhecimento sobre a metodologia da gestão clínica. A partir daí, outras reuniões foram realizadas para definir as atribuições que cada profissional seria responsável. Os profissionais envolvidos foram: médico da equipe de saúde de família, enfermeiras da equipe de saúde da família, dentistas, agente de saúde, clínico de apoio da unidade, profissionais NASF (nutricionista, fisioterapeuta, farmacêutica e educador físico). Além dos coordenadores dos trabalhos enviados pelo distrito sanitário oeste: médico e enfermeira, conforme organograma no apêndice B.

As diretrizes clínicas utilizadas no estudo foram: Scottish Intercollegiate Guidelines Network, III Diretrizes Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Protocolo de hipertensão arterial sistêmica da prefeitura municipal de Belo Horizonte.

O modelo de atendimento foi construído de acordo com critérios importantes definidos pelas diretrizes e pelos conceitos em gestão clínica (apêndice A).

Os pacientes foram selecionados através de dois métodos. O primeiro deles foi através da listagem dos pacientes que estavam em uso de carvedilol, digoxina e ou espironalactona realizado pela farmácia da unidade. E o outro método foi através da utilização dos critérios diagnósticos de critérios de Boston conforme tabela 02:

Tabela 02 -Critérios de Boston para o diagnóstico de insuficiência cardíaca

CRITÉRIO	PONTOS
CATEGORIA I – HISTORIA CLINICA	
Dispneia em repouso	4
Ortopnéia	4
Dispneia paroxística noturna	3
Dispneia para caminhar no plano	2
Dispneia para subir ladeiras ou escadas	1
CATEGORIA II – EXAME FÍSICO	
Frequência cardíaca (entre 91 e 110 bpm = 1 ponto, maior que 110 = 2 pontos)	1 ou 2
Pulso venoso jugular (maior ou e6 cmH ₂ O = 2 pontos, maior que 6 cmH ₂ O + hepatomegalia ou edema periférico = 3 pontos)	2 ou 3
Creptações pulmonares	1 ou 2

(nas bases = 1 ponto, além das bases = 2 pontos)	
Sílios	3
Terceira bulha	3
CATEGORIA III – RAIOS X TORAX	
EDEMA ALVEOLAR PULMONAR	4
EDEMA INTERSTICIAL	3
DERRAME PLEURAL BILATERAL	3
ÍNDICE CARDIOTORÁCICO MAIOR QUE 0,50	3
REDISTRIBUIÇÃO CRANIAL DO FLUXO	2

O diagnóstico de insuficiência cardíaca é classificada como:	
DEFINIDO	08 A 12 PONTOS
POSSÍVEL	5 A 7 PONTOS
IMPROVÁVEL	4 PONTOS OU MENOS

Fonte: Medicina Interna Básica, Cecil

Observação: Não é permitido somar mais que 4 pontos em cada categoria. Assim, o escore pode Ter no máximo 12 pontos.

Os pacientes que não seguiram os critérios diagnósticos de Boston foram excluídos do estudo, apenas um paciente foi excluído devido à falta de critérios diagnósticos. Além disso, um paciente foi a óbito, dois pacientes mudaram de endereço e uma paciente não compareceu aos encontros devido a problemas com tráfico de drogas. Outro paciente foi diagnosticado com ICC no período dos trabalhos. Assim, dos trinta e dois pacientes selecionados inicialmente restaram 28 pacientes que fizeram parte do estudo.

2.3.3.2. EXECUÇÃO

Através do Sistema Gestão Saúde em Rede (SGSR) foi gerado um relatório de indicadores de hipertensão conforme tabela 03 a seguir:

Tabela 03 - Hipertensos Equipe Vermelha através do SGSR.

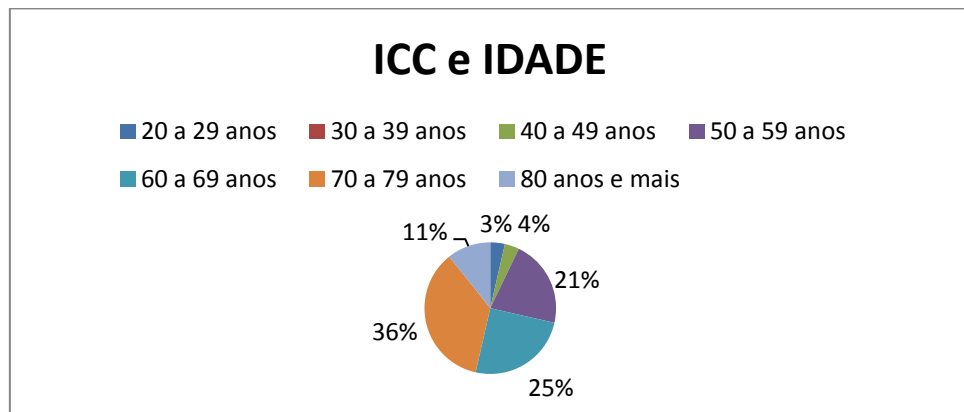
Proporção de adultos hipertensos captados (população de 25 a 59 anos. 25,8%) – IBGE	132/278	47,48%
Proporção de idosos hipertensos captados (população maior de 59 anos. 52,5%) - IBGE	108/107	100,93%

Fonte: Sistema Gestão Saúde em Rede

Este dado é importante, pois a maior causa de ICC é a hipertensão arterial sistêmica. Dentre os pacientes incluídos no estudo foram selecionados 28 pacientes. O total de pacientes com HAS captados foram 240. Destes 28 desenvolveram ICC, isto corresponde a 12% do total de hipertensos captados.

A prevalência do ICC de acordo com a idade está representada no gráfico 02.

Gráfico 02 - ICC e idade



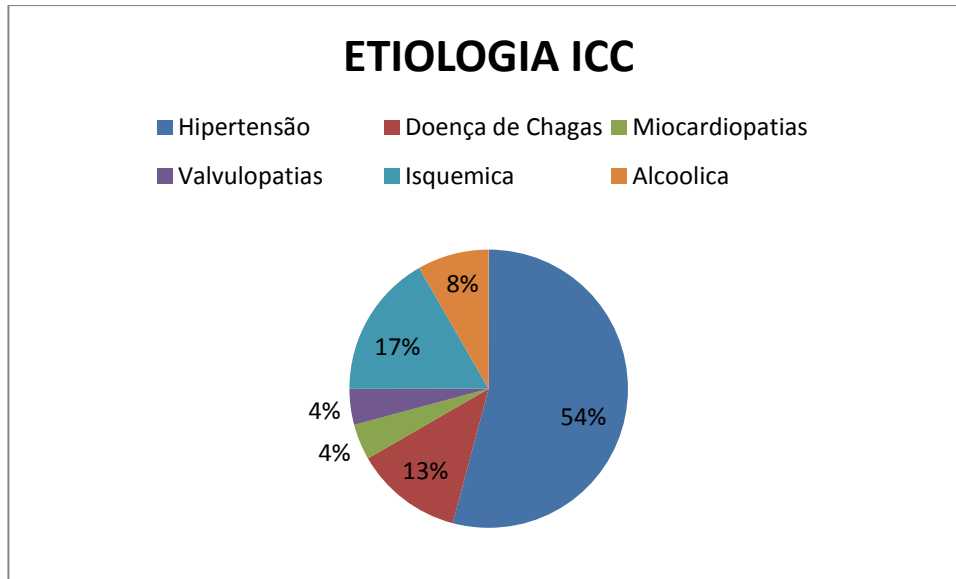
De acordo com os dados do estudo, o número de idosos com ICC corresponde a 75%. Isto nos revela a importância da assistência ao idoso e de estratégias para garantir o cuidado com qualidade a este ciclo de vida. Outro dado importante é que 75% dos pacientes são do sexo feminino, o que também demanda atenção à saúde da mulher.

A grande maioria dos pacientes 69% é proveniente de outras cidades de Minas Gerais, sendo que apenas 22% nasceram em Belo Horizonte. Hoje, estes pacientes têm um grande impacto na morbimortalidade de Belo Horizonte.

Aproximadamente 93% dos pacientes estão no Estágio C da ICC e, de acordo com a classe funcional (NYRA), 46% dos pacientes estão em classe I, 43% classe III e 11% classe I. Estes dados nos demonstram que uma grande parte destes pacientes necessita de uma abordagem otimizada para melhoria do estágio e classe funcional da ICC.

Em relação à hipertensão arterial, 71% dos pacientes estão no estágio III e 29% no estágio I e 89% apresentam risco cardiovascular alto. Tais informações ressaltam a importância de medidas que atuam nos fatores de risco. Assim, por meio de mudança de hábitos de vida, estes pacientes provavelmente diminuiriam a evolução do estágio da HAS e o risco cardiovascular.

Gráfico 03 - Etiologia ICC



Nota-se que a grande maioria dos pacientes desenvolveu ICC devido HAS (54%) seguido pelas causas isquêmicas (17%). Isto aponta para a importância do cuidado otimizado da HAS, a mudança de estilo de vida que visem a perda de peso, a prática de atividade física e o abandono do tabagismo. Essas são metas importantes na abordagem do cuidado da ICC.

Durante as consultas, foi perguntado aos pacientes quem havia tomado a medicação naquele dia. De todos os pacientes, 32% não tinham tomado a medicação no dia das consultas. Isto revela que o auto-cuidado é extremamente relevante e que a equipe deve investir em medidas que eduquem e conscientizem os pacientes para o uso correto da medicação.

Tabela 04 - Medicamentos utilizados pelos pacientes com ICC de acordo com as orientações das diretrizes

FÁRMACOS	Total e Pacientes	Deveriam estar em uso	Porcentagem de pacientes em uso
IECA (enalapril,captopril)	28	28 (100%)	20 (71,42%)
Beta bloqueadores (carvedilol)	28	28 (100%)	14 (50%)
Bloqueador do receptor da angiotensina (losartan)	28	15 (100%)	5 (33,33%)
Antagonista de aldosterona (espironolactona)	28	15 (100%)	15 (100%)
Diuréticos (furosemida, hidroclorotiazida)	28	15 (100%)	24 (160%)
Digoxina	28	15 (100%)	9 (60%)
Antiagregantes plaquetarios	28	24 (100%)	14 (58,33%)
<i>Observação: para construção da tabela não foram levadas em consideração características individuais e sim a classe funcional de cada paciente.</i>			

Os dados referentes à utilização da medicação são muito importantes. Em primeiro lugar, os pacientes com ICC utilizam um grande número de medicamentos. Isto faz com que a polifarmácia seja um fator que aumenta muito a complexidade do manejo clínico. As interações entre as drogas e seus efeitos adversos são desafio para a abordagem clínica. Neste aspecto, a gestão clínica propicia maior sucesso quando a equipe discute os casos e as experiências exitosas são compartilhadas em busca da efetividade clínica. Outro aspecto importante é verificar que a ICC se apresenta em pacientes com outras doenças que complicam muito o tratamento. Seria possível exemplificar essa realidade analisando pacientes com doenças mentais, nas quais a ICC se associa a quadros de saúde mental na qual o uso de drogas potencializa os efeitos colaterais no tratamento. Assim, a gestão de caso é útil nestes casos, ou seja, o paciente é cuidado de forma singular e única, e direcionam-se estratégias ao indivíduo, devido a sua complexidade.

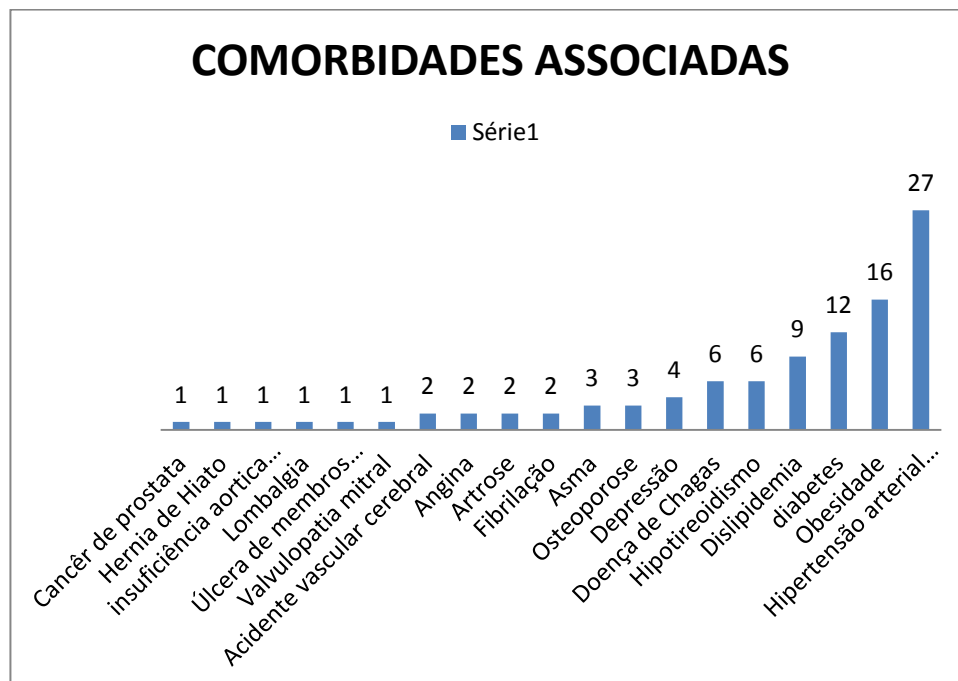
Em relação à integralidade do cuidado, 82% dos pacientes já consultaram com cardiologista. No entanto, a consulta com especialista não reflete em melhoria do cuidado. Este fato demonstra que a ICC deve ser abordada e gerenciada na atenção primária.

Em relação à assistência da rede hospitalar, 60% foram internados em 2010 devido às agudizações. Um grande número de pacientes agudizaram, necessitando de atendimentos especializados e internações hospitalares. É possível, portanto, destacar a relevância da gestão clínica destes pacientes com intuito de melhorar a qualidade de vida do paciente e diminuir os gastos com hospitalizações.

Em relação à vacinação, 43% dos pacientes estão com as vacinas em atraso. Isto pode ocorrer pela falta de conhecimento da equipe sobre o paciente. Este fato poderia ser corrigido por meio de uma lista dos pacientes com ICC e a busca ativa dos mesmos. Uma vacina em atraso pode causar uma agudização que pode ir desde a internação até mesmo a morte.

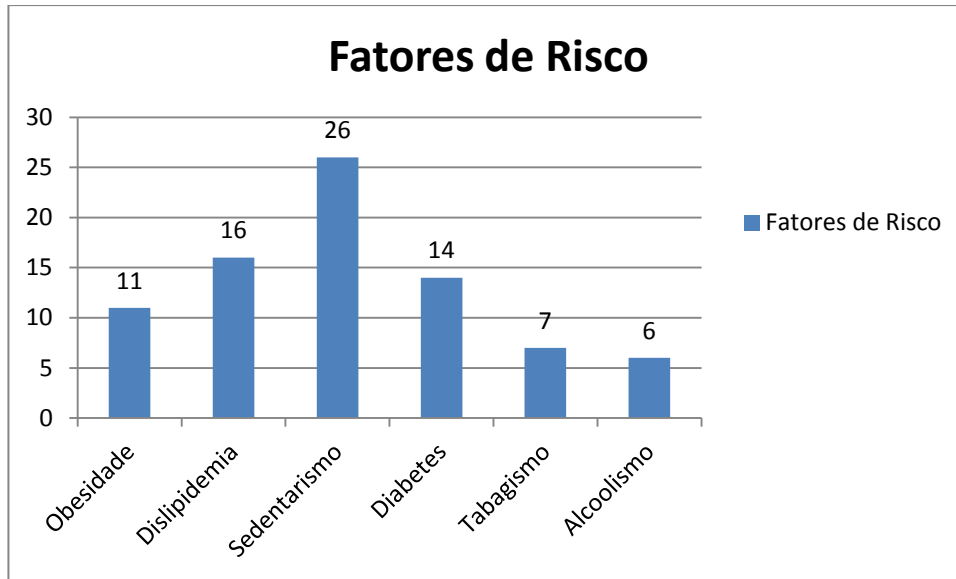
Em relação à abordagem multidisciplinar, 82% dos pacientes não consultaram com a odontologia regularmente. A abordagem multidisciplinar através da gestão clínica proporciona a estes pacientes o atendimento de vários profissionais que atuam para melhoria do cuidado.

Gráfico 04 - Comorbidades associadas a ICC



As comorbidades associadas são fatores que dificultam o tratamento e devem ser abordadas pela equipe em reuniões clínicas nos quais ocorre uso de diretrizes e troca de experiências.

Gráfico 05 - Fatores de risco associados ao ICC

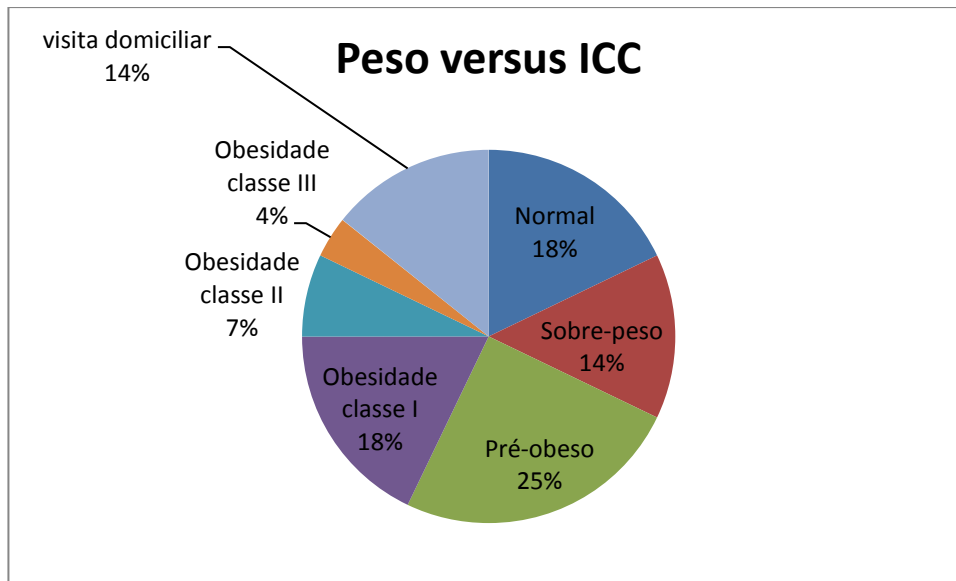


A abordagem dos fatores de risco deve ser trabalhada pela equipe com atuação multiprofissional. Assim, somente o conhecimento dos fatores de risco e da organização da equipe pode propiciar a otimização do cuidado e melhor efetividade clínica.

Segundo as diretrizes adotadas, os exames complementares são fundamentais na abordagem do ICC. No entanto, apenas 58% dos pacientes realizaram exames laboratoriais de controle em 2010, 55% realizaram eletrocardiograma e apenas 32% fizeram ecocardiograma. Este fato pode demonstrar que quanto mais especializado o exame complementar, menor é o acesso do pacientes a eles. No entanto, exames básicos também tiveram pouca realização o que pode ser reflexo da falta de organização da equipe para seguir protocolos baseados em diretrizes.

Em relação à classificação da obesidade, os pacientes se classificam de acordo com o gráfico 06.

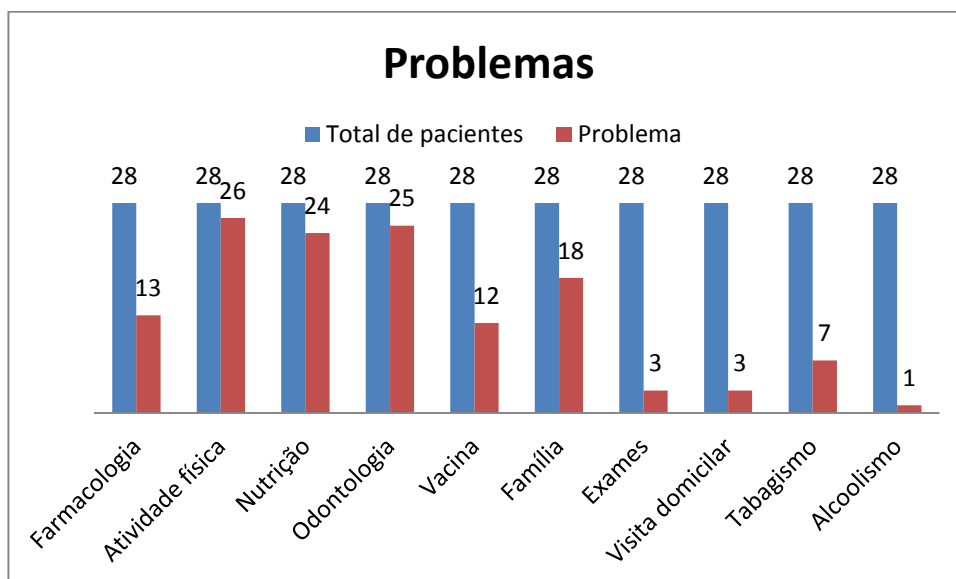
Gráfico 06 - Obesidade dos pacientes com ICC



Apenas 18% dos pacientes estão com o índice de massa corporal normal (IMC). Dentre eles, em 14% não foi possível verificar o IMC, pois estes estão acamados. Apenas 18% dos pacientes apresentam pesos considerados normais. A maior parte, 68%, está com o peso acima do ideal. Isto nos revela a importância da abordagem nutricional adequada e do combate ao sedentarismo.

A partir desses dados, a equipe elegeu os problemas e as condutas para o enfrentamento de acordo com gráfico 07.

Gráfico 07 - Problemas e condutas



Os problemas dos pacientes com ICC somente poderão ser enfrentados de forma organizada por meio do conhecimento aprofundado da equipe sobre cada indivíduo e da abordagem multidisciplinar. Dessa forma, tais dados possibilitam um melhor organização da unidade para priorizar problemas e definir metas e objetivos.

2.3.3.3. REVISÃO, AÇÕES E AJUSTES

2.3.3.3.1. Revisão:

O trabalho da equipe proporcionou maior conhecimento das diretrizes clínicas e protocolos. Demonstrou que uma equipe organizada pode propor melhores tratamentos para DCNT. A obtenção de dados e a interpretação dos mesmos fizeram com que cada profissional tivesse uma visão de como estão os pacientes e o que pode ser feito para melhorar o cuidado.

Com a utilização da gestão clínica os resultados práticos foram percebidos a cada atendimento. É possível destacar que em alguns casos a mudança de uma droga ou a abordagem nutricional proporcionou melhorias na qualidade de vida dos pacientes. Há exemplos de indivíduos que mudaram de classe funcional da ICC após as intervenções.

A abordagem multidisciplinar, portanto, melhorou o diálogo entre os diversos profissionais, possibilitando verificar que nenhuma classe profissional pode conduzir o cuidado sozinha.

2.3.3.3.2. Ações e ajustes

Alguns ajustes foram necessários no fluxo de atendimentos. Isso diz respeito a qual profissional irá atender o paciente primeiro e quanto tempo demorará o atendimento. Foi necessário estabelecer fluxos mais claros quanto a quais pacientes receberão orientações em grupo e os que terão atendimento individualizado.

Foi necessário estipular metas e objetivos de acordo com as classes profissionais. Desta forma, foi necessário a construção de um quadro de acompanhamento dos pacientes no qual as metas estão descritas com os determinados profissionais responsáveis e tempo necessário para reavaliação.

Em relação ao calendário de atendimentos, foi importante definir as datas de atendimento anuais. Assim, o atendimento dos pacientes com ICC é garantido sem que sobrecarregue a agenda das equipes e sem que ocorra reagendamentos para o bom andamento do projeto.

3. CONCLUSÕES

A principal conquista da gestão clínica dos pacientes com ICC é o conhecimento dos pacientes com esta comorbidade, assim como, as informações importantes associadas à doença. Neste sentido, a estratificação dos pacientes de acordo com estágio e classe funcional da ICC foi fundamental. A partir disso, a equipe pode organizar o atendimento e direcionar os pacientes que necessitam de gestão de caso, devido a gravidade e complexidade do mesmo.

Outra conquista deste projeto é o atendimento multidisciplinar que tornou-se fundamental para abordagem de DCNT. Foi possível construir um caminho para criar uma linguagem em prol do cuidado universal que otimize o diálogo entre médicos, enfermeiros, profissionais do NASF, entre outros. Sabemos que não é uma tarefa coletiva fácil de ser efetivada, no entanto, esta linguagem é fundamental para que ocorra o atendimento multidisciplinar e não simplesmente o atendimento individualizado de cada profissional. Assim, reconhecer a importância do trabalho de outros profissionais é o primeiro passo no caminho da efetividade clínica e melhoria do cuidado.

Este trabalho foi importante mobilizador e motivador da equipe no sentido que construiu-se conjuntamente uma estratégia de atendimento que privilegiou as DCNTs. Iniciamos um trabalho em que foi possível organizar o atendimento e transformar o cuidado com pacientes com ICC, o que poderá ser uma das soluções para abordagem dos casos agudos.

A gestão clínica pode melhorar o cuidado das DCNT e, conseqüentemente, diminuir as agudizações. No entanto, é necessário ter um foco no futuro e não desanimar com as dificuldades diárias. A gestão clínica deve ser empregada em outras comorbidades e, acreditamos que sua prática rotineira levará a excelência do cuidado.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAM HEART ASSOCIATION. **Seventh Reporto of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure – Hypertension.** 2003.

ANDRADE, Jadelson Pinheiro de (coord.). **III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica.** Arq. Bras. Cardiol. vol.93 no.1 supl.1 São Paulo, 2009.

BERGMAN U, WIHOLM BE: **Drug-related problems causing admission to a medical clinic.** Eur J Clin Pharmacol, 1981; 20:193-200

BHASALE, A. L. et al. **Analyzing potencial harm in Australian general practice: an incident-monitoring study.** Med. J. Aust., n. 169, p. 73-6, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes e Recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação - relatório mundial.** Brasília: 2003.

FUCHS, Flavio Danni. Hipertensão Arterial Sistêmica. In: DUCAN, Bruce B.; Shimidt, Maria Inês; GIUGLIAMI, Elisa R. J. **Medicina ambulatorial: Condutas de Atenção Primária baseadas em evidência.** 3. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA: **Censo demográfico de 2000.** Rio de Janeiro: IBGE, 2001

NICE, National Institute for Clinical Excelence. **Principles for Best Praticce in Clinical Audit.** Radcliff Medical Press, 2002. 206 p.

SILVA, Jorge Luiz da; MACHADO, Simone Cruz. Análise dos fatores de risco para hipertensão referidos por docentes em seu estilo de vida. **RECENF: Revista Técnico-científica de Enfermagem,** Curitiba , v.4 , n.15 , , p.136-143, jul./set.2006.

SING, Scottish Intercollegiate Guidelines Network. **Management of chronic heart: A national clinical guideline.** Edinburgh, 2007.

5 APÊNDICES:

5.1. Apêndice A: Modelo de atendimento projeto ICC

Apêndice A: Modelo de atendimento projeto ICC

GESTÃO CLÍNICA ICC	
NOME:	PRONTUÁRIO:
ESTÁGIO ICC:	CLASSE FUNCIONAL NYHA:
HIPERTENSÃO ESTÁGIO:	HIPERTENSÃO RISCO CARDIOVASCULAR:
PROVÁVEL ETIOLOGIA ICC:	CONSULTA COM CARDIOLOGISTA:
TOMOU REMÉDIO HOJE:	
MEDICAÇÕES EM USO:	
1	2
3	4
ULTÍMA INTERNAÇÃO:	HISTORICO VACINAL:
ULTÍMA CONSULTA ODONTOLOGICA:	
HISTORIA PATOLOGICA PREGRESSA:	
FATORES DE RISCO:	
TABAGISMO	SEDENTARISMO
OBESIDADE	DIABETES
DISLIPIDEMIA	ALCOOL
ANTECEDENTES CARDÍACOS	
HISTORIA FAMILIAR	
MORTE SÚBITA	HIPERTENSÃO
ICC	DIABETES
DISLIPIDEMIA	CARDIOPATIA REUMÁTICA
EXAMES COMPLEMENTARES	
LABORATORIAIS	RAIO X TORAX
ELETROCARDIOGRAMA	ECOCARDIOGRAMA

OUTROS			
EXAME FISICO			
ALTURA	ÚLTIMO PESO	PESO ATUAL	IMC
SINAIS E SINTOMAS			
DISPNÉIA		EDEMA MMII	
OUTROS			
HIPOTESE DIAGNÓSTICA			
PROBLEMAS		CONDUTAS	

5.2. Apêndice B: Organograma de atendimento

