

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

PAULO DE TARSO MARANGON FURTADO

**MELHORIA DA ATENÇÃO VOLTADA AOS PACIENTES PÓS-
INFARTO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ENFERMEIRA ISAURA
VIDAL**

Belo Horizonte / MG
2015

PAULO DE TARSO MARANGON FURTADO

**MELHORIA DA ATENÇÃO VOLTADA AOS PACIENTES PÓS-
INFARTO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ENFERMEIRA ISAURA
VIDAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^a. Maria José Moraes Antunes

Belo Horizonte / MG
2015

PAULO DE TARSO MARANGON FURTADO

**MELHORIA DA ATENÇÃO VOLTADA AOS PACIENTES PÓS-
INFARTO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ENFERMEIRA ISAURA
VIDAL**

Banca examinadora

Examinador 1: Prof^a. Maria José Moraes Antunes

Examinador 2 – Prof^a. Ms. Eulita Maria Barcelos (UFMG)

Aprovado em Belo Horizonte, em 26 de Dezembro de 2015.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela força para cumprir todas as etapas desse curso;

Aos professores e orientadores, pelo auxílio durante esse curso;

Aos colegas de curso que dividiram comigo esse caminho;

Aos colegas de trabalho, que contribuíram com muita dedicação nesse projeto;

Aos meus familiares pelo carinho e apoio;

A minha orientadora Maria José Moraes Antunes pela ajuda em todos os passos desse trabalho.

RESUMO

Esse trabalho propôs um plano de ação para enfrentar as dificuldades dos pacientes que sofreram infarto agudo do miocárdio, residentes na área de abrangência da UBS Enfermeira Isaura Vidal, no município de Rio Pomba, em Minas Gerais. Os objetivos deste trabalho foram organizar ações de atenção à saúde desses pacientes, realizar revisão da literatura relacionada às dificuldades de acompanhamento e de adesão ao tratamento e apresentar proposta de intervenção específica para acompanhamento desses pacientes. Para a intervenção foram estabelecidos os seguintes nós críticos; falta de conhecimento dos pacientes; acolhimento e atenção deficientes a esses pacientes, baixa frequência desses pacientes a unidade e não adesão aos hábitos saudáveis de vida. Devido aos riscos que esse paciente pode sofrer em sua saúde, foi estimulado o autocuidado para que os fatores de risco fossem estabilizados e a saúde destes, protegida. Todas as ações contaram com o apoio de uma equipe multiprofissional da saúde, que se envolveu no sentido de realizar cada uma delas dentro do cronograma estabelecido. Com essas ações, espera-se que dentro de um ano os pacientes que sofreram infarto agudo do miocárdio tenham uma saúde estável, com fatores de risco controlados, frequentes à unidade de saúde, com um estilo de vida saudável, praticando o autocuidado e seguindo corretamente o tratamento proposto.

Palavras-chave: Infarto do Miocárdio. Síndrome Coronariana Aguda. Fatores de Risco e Autocuidado.

ABSTRACT

This paper proposes a plan of action to face the difficulties of the patients who previously suffered acute myocardial infarction, residents in the area covered by the UBS Nurse Isaura Vidal, in the municipality of Rio Pomba, in Minas Gerais. The objectives of this study were to organize health care actions for these patients, carry out review of the literature related to the difficulties of monitoring and treatment and provide intervention proposal specifies for monitoring for these patients. For the intervention have been established the critical nodes; lack of knowledge of patients; host and disabled care to these patients, low frequency of these patients unity and not adherence to healthy habits of life. Due to the risks that the patient may suffer in their health, was stimulated self-care so that the risk factors were stabilized and their health protected. All actions had the support of a multidisciplinary team of health, to do each of them on schedule. With these actions, it is expected that within a year patients who have suffered acute myocardial infarction have a stable health, with risk factors controlled, frequently to the clinic, with a healthy lifestyle, practicing self-care and following correctly the proposed treatment.

Key words: Myocardial Infarction. Acute Coronary Syndrome. Risk Factors and Self-Care

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 JUSTIFICATIVA.....	8
3 OBJETIVOS.....	10
3.1 Objetivo geral.....	10
3.2 Objetivos específicos	10
4 METODOLOGIA	11
5 REVISÃO DE LITERATURA	12
5.1 Fatores de Risco no pós Infarto do Miocárdio; Síndrome Coronariana Aguda.	12
5.2 Orientações para o auto cuidado para pacientes pós Infarto do Miocárdio	16
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	21
1 Identificação dos problemas:	21
2 Priorização dos problemas:	21
3 Descrição dos problemas:	21
4 Explicação dos problemas:	21
5 Identificação dos nós críticos:	22
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
REFERÊNCIAS.....	29

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho propõe ações direcionadas aos usuários da Unidade Básica de Saúde Enfermeira Isaura Vidal, que já sofreram infarto agudo do miocárdio, e aos que são portadores da síndrome coronariana aguda (SCA), já que as doenças cardiovasculares (DCV) são a principal causa de morte no país, e que, dentre as mortes por doenças isquêmicas do coração, a SCA tem papel relevante (SOARES *et al.*, 2010).

O problema escolhido foi à dificuldade dos pacientes que anteriormente sofreram infarto agudo do miocárdio em realizar um acompanhamento com o especialista. Diante disso alguns pacientes buscam na atenção primária a resolução deste problema. Por outro lado outros pacientes anteriormente acometidos pela síndrome coronariana sequer realizam acompanhamento mesmo no nível primário de atenção. Dessa forma os funcionários da UBS, a enfermagem e os agentes de saúde foram convocados inicialmente a realizar um levantamento dos pacientes pós-infartados em todas as faixas etárias cadastrados na unidade.

Após discussão com equipe e análise das informações obtidas, foi possível traçar um diagnóstico situacional simples do problema relacionado à baixa adesão do usuário ao acompanhamento médico, mas muito útil para entendermos melhor o assunto e então formular propostas de mudanças e melhoria no serviço de cuidados que podemos oferecer ao paciente.

O problema foi confirmado como relevante em pesquisa realizada. Os dados foram colhidos por meio de pesquisa direta nos registros dos prontuários de cada paciente alvo; por meio de entrevistas com os informantes-chave escolhidos: os próprios pacientes e os agentes de saúde; e por meio da observação ativa da área.

No Brasil, o IAM é a segunda principal causa de morte, que segundo o Datasus (2010) compreende 7% das mortes. No SUS a mortalidade de pacientes hospitalizados é significativamente alta, somando 15% das internações em todo o país. Essa elevada taxa de óbitos no SUS reflete a dificuldade de acesso e a precariedade do tratamento intensivo bem como dos métodos terapêuticos necessários para o paciente com IAM (MARCOLINO *et al.*, 2013).

2 JUSTIFICATIVA

O IAM provoca grande impacto na vida do indivíduo, causando incapacitações e morbimortalidade. Frente à gravidade do caso, o Sistema Único de Saúde tem buscado conter o avanço deste agravo, por meio de ações de orientação na Atenção Primária para que haja cuidado do paciente e redução dos custos, haja vista que, pela alta taxa de internações, já representam 69% dos gastos hospitalares no SUS (PEREIRA *et al.*, 2013).

Ao conversar informalmente com pacientes e agentes, percebi que existe ainda muita falta de conhecimento em relação ao assunto. A maioria dos pacientes não sabia exatamente quais os riscos em longo prazo da doença e alguns mostraram preocupação apenas com as complicações agudas, pensando que enquanto não sentem nada, a doença não representa riscos.

Dos pacientes que tem o hábito de apenas pedir a renovação de suas receitas, sem comparecer à unidade, apenas alguns já com complicações pós-infarto visitam um especialista. A dificuldade de acesso ao especialista dentre os menos favorecidos economicamente e mesmo a falta de informação aliada a resistência a mudanças de hábito de vida fica clara na maioria das conversas. Muitos não sabem quando fizeram um exame pela última vez nem quando foi sua última consulta. Alguns dizem, ainda, desanimar de ir à unidade por não gostarem de enfrentar fila.

Os agentes estão mais informados sobre a doença e entendem melhor a necessidade do controle para evitar futuros danos, porém não estão tão motivados a conscientizarem os pacientes do assunto e, aparentemente, não se preocupavam em insistir em trazer o paciente faltoso para dentro da unidade, estando satisfeitos em apenas buscar e levar as receitas para que os medicamentos possam ser usados com continuidade.

Sendo assim, a baixa adesão dos usuários ao controle assíduo de sua doença, ocorre principalmente por desconhecimento da importância do mesmo e da comodidade que os é oferecida ao poderem ter as receitas transcritas sem comparecer à unidade. Dessa forma, justifica-se a preocupação com o melhor cuidado de tais indivíduos fazendo-se extremamente necessário nesta população à promoção da saúde e a prevenção de complicações e recidivas.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Elaborar um projeto de intervenção que permita organizar ações de atenção à saúde aos pacientes que sofreram IAM, que apresentam SCA que não realizam o devido acompanhamento, da UBS Enfermeira Isaura Vidal.

3.2 Objetivos específicos

- Conscientizar os pacientes da necessidade do cuidado, da frequência a unidade e da adoção de hábitos de vida saudáveis, melhorando a qualidade do atendimento.
- Realizar revisão da literatura relacionada às dificuldades de acompanhamento e de adesão ao tratamento, mudanças de hábitos sedentários em pacientes cardíacos; Risco de novos episódios de infarto e complicações da SCA.

4 METODOLOGIA

Inicialmente, os funcionários da UBS, a equipe de enfermagem e os agentes de saúde foram convocados a realizar um levantamento dos pacientes pós-infartos em todas as faixas etárias cadastrados na unidade. Os dados foram colhidos por meio de pesquisa direta nos registros dos prontuários de cada paciente alvo por meio de entrevistas com os informantes-chave escolhidos - os próprios pacientes e os agentes de saúde e também por meio da observação ativa da área.

Os agentes de saúde trouxeram a somatória de 18 pacientes das microáreas. Destes, verificando os prontuários um a um, observou-se que cerca de 08 não comparecem ao serviço de saúde desta UBS por um período igual ou maior a 6 meses, mantendo renovadas ou não suas receitas. Em 14 desses, não foi evidenciado relato de consulta prévia com cardiologista e muito menos contra referência do especialista.

Para desenvolvimento do trabalho, foi realizada uma revisão narrativa da literatura sobre o tema, a fim de obter maior embasamento científico. Foram utilizados para a busca, os seguintes descritores em saúde: infarto do miocárdio, síndrome coronariana aguda, fatores de risco e autocuidado, na base SCIELO e sites científicos. Foram selecionados textos técnicos e relatos de experiências que permitissem propor ações oportunas, publicadas nos últimos quinze anos.

Para a elaboração da proposta de intervenção utilizou-se do método do Planejamento Estratégico Situacional proposto por Campos; Faria e Santos (2010).

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Fatores de Risco no pós Infarto do Miocárdio; Síndrome Coronariana Aguda.

As doenças cardiovasculares representam, por seus riscos, grave problema de saúde pública. Assim, dentre os fatores que levam ao desenvolvimento das DCV, tem-se; idade superior a 55 anos, sexo masculino, histórico familiar para a doença e etnia, considerados fatores não modificáveis, e dislipidemia (DLP), tabagismo, hipertensão arterial, obesidade, sedentarismo, diabetes e estresse psicossocial, como sendo fatores modificáveis (BRUNORI *et al.*, 2014).

O excesso de Lipoproteína de Baixa Densidade (LDL) na circulação leva a formação de placas de ateroma no endotélio arterial, que reduz o lúmen do vaso e conseqüentemente o fluxo sanguíneo, levando assim a ocorrência da Síndrome Coronariana Aguda (SCA), que tem por características manifestações clínicas como dor torácica e alteração eletrocardiográfica (OVERBAUGH, 2009).

As doenças arteriocoronarianas (DAC) são comumente causadas pela aterosclerose, que segundo Mahan e Escott-Stump (2011, p.835):

É o acúmulo de placa (lipoproteína de baixa densidade [LDL] – colesterol, cálcio e fibrina) em artérias grandes e médias. Essa placa pode crescer e produzir isquemia tanto por fluxo insuficiente de sangue, se existir alta demanda de oxigênio, como por rompimento, formando um trombo e ocluindo o lúmen. Somente placas de alto risco e vulneráveis formam trombos. As características das placas vulneráveis englobam lesões com uma capa fibrosa fina, poucas células musculares lisas, muitos macrófagos (células inflamatórias) e um núcleo lipídico grande.

Hoje, entende-se que a doença coronariana aterosclerótica é um importante fator inflamatório do endotélio principalmente se houver deposição de partículas lipídicas, como o colesterol de baixa densidade (LDL). Ocorre então, uma disfunção endotelial que reduz a produção do vasodilatador, o óxido nítrico, o que causa maior contração no vaso sanguíneo. Nesse processo o vaso se torna mais permeável e faz com que o LDL seja capturado por macrófagos, promovendo assim um acúmulo de células espumosas e conseqüentemente produzindo uma lesão chamada de estria gordurosa (BASSAN & BASSAN, 2006; MAHAN & ESCOTT-STUMP, 2011).

Esse processo inflamatório é característico da síndrome coronariana aguda, de forma que a citocina pró-inflamatória, a proteína C reativa, tem seus níveis plasmáticos gravemente aumentados em pacientes que apresentam essa síndrome. A SCA é classificada de três formas; Angina Instável, Infarto Agudo do Miocárdio sem supradesnível do segmento ST e o Infarto com supradesnível do segmento ST. Assim, é caracterizada por um conjunto de manifestações clínicas e laboratoriais de isquemia miocárdica (BASSAN & BASSAN, 2006).

A angina instável, característica da SCA, ocorre pela oclusão parcial da artéria coronária, devido à formação de um trombo na placa. Essa condição pode ocasionar isquemia prolongada e consequente morte dos cardiomiócitos, principalmente pela formação súbita do trombo sobre placas já inflamadas, ricas em lipídios, causando assim o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) (PESSARO *et al.*, 2004).

Embora a SCA seja subdividida em três formas clínicas, as três apresentam geralmente o mesmo mecanismo fisiopatológico, em que ocorre ruptura da placa e isquemia miocárdica aguda resultante da trombose ocorrida no processo de ruptura. É importante destacar que em alguns casos o processo isquêmico é acarretado pela redução do fluxo coronário devido ao vasoespasma arterial que pode ser localizado ou difuso, ou ainda por trombose aguda (BASSAN & BASSAN, 2006).

O IAM é bastante prevalente e já é causa de 30% das mortes nas últimas décadas (PESSARO *et al.*, 2004). Assim, o acompanhamento de pacientes com risco para desenvolvimento da SCA é fundamental para prevenção de complicações, e a atenção ao paciente pós-infartado é importante como prevenção secundária, para reduzir os riscos da ocorrência de novo IAM (BRUNORI *et al.*, 2014).

Considerado um evento agudo, o IAM é indicado para estabelecer indicadores e padrões de qualidade ao observar seu impacto na mortalidade e no número de internações hospitalares. Tem um diagnóstico clínico simples, que comumente é estabelecido por meio do tripé; história clínica, evolução eletrocardiográfica e curva enzimática, requerendo assim internação hospitalar (ESCOSTEGUY *et al.*, 2002).

O IAM é uma patologia que apresenta alta incidência associada a altas taxas de óbitos. Das doenças cardiovasculares é a que apresenta maior probabilidade de morte súbita. Sendo assim é necessário que o paciente com IAM receba um diagnóstico precoce, e se instale em uma unidade coronariana ou de terapia intensiva para que tenha monitoramento eletrocardiográfico completo e possibilidade de desfibrilação. É importante que o diagnóstico seja precoce a fim de identificar os pacientes que necessitam de terapia de reperfusão (angioplastia primária) e evitar a dissecação da aorta bem como a morte súbita (SCHNEIDER *et al.*, 2008).

A forma mais grave da SCA é o infarto agudo do miocárdio, que faz com que, além de ocluir a coronária, também haja acúmulo de produtos de decomposição do metabolismo, como o lactato, o que resulta em desconforto torácico. A dor forte característica do IAM, que geralmente se estende por trinta minutos, vem acompanhada de náuseas, sudorese, resfriamento das extremidades e mais gravemente com sensação de morte iminente (PEREIRA *et al.*, 2013).

Com relação aos números, as estatísticas mostram que a DCA é uma das principais causas de morte no país, sendo que apenas em 2009 o IAM foi responsável por 76.359 mortes, quase 10% do total das mortes por doenças crônicas não transmissíveis. As projeções para os próximos anos indicam que esse agravo continuará sendo responsável por grande parte dos óbitos e por incapacitações a aposentadoria por invalidez (PEREIRA *et al.*, 2013).

Nesse sentido, é importante considerar os fatores de risco envolvidos.

Define-se por fatores de risco qualquer elemento laboratorial ou clínico que esteja relacionado ao aparecimento da doença e a sua progressão. Dessa forma, é necessário considerá-los no atendimento ao paciente para o diagnóstico, associando sempre ao fato de que o processo aterosclerótico é influenciado por fatores ambientais e pela propensão genética (LEMOS *et al.*, 2010).

Dentre os fatores de risco, os não modificáveis incluem idade acima de 55 anos, sexo masculino, raça e histórico familiar de DCV. Os fatores de risco modificáveis são separados por categorias; Marcadores no Sangue, que consiste no perfil de lipoproteína, os Marcadores Inflamatórios, que são os fibrinogênios e a proteína C-reativa, e as Doenças Relacionadas, como hipertensão, diabetes, obesidade e síndrome metabólica. Além disso, tem-se os fatores de risco para o estilo de vida, que consiste no tabagismo, inatividade física, dieta inadequada, estresse, consumo de álcool excessivo (MAHAN & ESCOTT-STUMP, 2011).

De acordo com Mahan e Escott-Stump (2011, p. 842);

A população alvo para a prevenção primária consiste naqueles com múltiplos fatores de risco. A redução do fator de risco mostrou reduzir a DAC em indivíduos de todas as idades. Com base em um grande estudo realizado com homens, 62% dos eventos coronarianos poderiam ter sido prevenidos caso tivessem sido adotados estilo de vida saudável (por meio de dieta benéfica para o coração, da prática regular de exercícios, do controle de peso e do abandono do tabagismo) e terapia medicamentosa para os lipídios e para a hipertensão.

Alguns estudos apontam que os fatores de risco não modificáveis estão presentes em mais de 50% da população, já os modificáveis são um pouco menos frequentes, mais ainda prevalentes na população. A ingestão de álcool é o fator de risco que se apresenta com menor prevalência, mais sabe-se que a ingestão de mais de duas doses por dia está relacionada com uma curva ascendente de mortalidade. O sedentarismo parece ser o fator de risco mais prevalente em toda a população, em especial entre os idosos. A atividade física tem importante papel protetor contra o IAM, e entre os indivíduos que anteriormente eram sedentários e passaram a ser ativos moderadamente ocorre significativa redução dos riscos de IAM e de mortalidade (AVEZUM *et al.*, 2005).

Dentre os fatores não modificáveis, é importante considerar a história familiar, que parece ter grande influência, pois, segundo Mahan e Escott-Stump (2011, p. 851);

A história familiar de doença prematura consiste em um forte fator de risco, mesmo quando outras condições são consideradas. A história familiar é avaliada como positiva quando IM ou morte súbita ocorrerem antes dos 55 anos em parente de primeiro grau (pais, irmãos, filhos) do sexo feminino. A presença de história familiar positiva, embora não modificável, influenciará a intensidade de tratamento do fator de risco.

A prevenção de complicações em pacientes com DAC e em indivíduos que apresentam alto risco de desenvolver tal doença são realizadas a fim de reduzir os riscos de isquemia, de incapacitação prematura, e evitar a mortalidade, prolongando a sobrevida. Os indivíduos que apresentarem múltiplos riscos devem ser levados à mudança severa do estilo de vida e a submissão de intervenções medicamentosas.

No geral, todas as ações devem ser voltadas para a prevenção e proteção da saúde, considerando a prevalência da patologia e as altas taxas de mortalidade (AVEZUM *et al.*, 2005).

Frente aos riscos e complicações que o indivíduo pode ter em sua saúde, percebe-se a importância de se oferecer um cuidado amplo ao paciente e também aos seus familiares. É necessário estabelecer uma estratégia de acolhimento para o paciente com IAM, assim como, uma educação em saúde ao indivíduo que apresenta fator de risco, para que se previnam complicações e promova a saúde. Devem ser realizadas ações primárias que intervenham sob os fatores de risco, além de ações de esclarecimento e estímulo ao autocuidado (SCHNEIDER *et al.*, 2008).

Entende-se que para oferecer um tratamento adequado ao paciente com IAM é necessário que haja um trabalho em equipe, com integração de setores como unidades de pronto atendimento, serviço de transporte emergencial, serviço de hemodinâmica hospitalar e unidade de terapia intensiva. Além disso, é fundamental que seja utilizado uma linha de cuidado para que haja diagnóstico precoce, atendimento e tratamento rápido, contínuo e completo ao paciente, de forma a prevenir complicações e garantir que sua saúde seja protegida em todos os estágios da patologia (MARCOLINO *et al.*, 2013).

5.2 Orientações para o auto cuidado para pacientes pós Infarto do Miocárdio

Após a ocorrência do IAM, realizado o atendimento, o paciente recebe alta, e muitas vezes não segue corretamente o tratamento necessário para a redução dos riscos de novos eventos. Muitos destes, apesar de terem sido submetidos à angioplastia primária não percebem o quão delicada é a situação e não tem conhecimento dos riscos e da necessidade do cuidado. Assim, é de suma importância que recebam atenção multiprofissional, para que possam adquirir hábitos saudáveis, seguir com o tratamento e realizar continuamente o autocuidado para prevenção e proteção da saúde (GALLO & LAURENTI, 2014).

O autocuidado deve ser estimulado pelos profissionais da saúde, por meio de orientações práticas, pois muitas pessoas, após serem estabilizadas, entendem que pela ausência de sintomas já estão totalmente curadas, e que não necessitam de nenhum cuidado. Isso se torna um fator perigoso e passível de complicações, pois, o indivíduo geralmente volta a ter hábitos pouco saudáveis e colocam em risco o funcionamento cardiovascular. Em muitos casos os pacientes até sabem que podem voltar a ter complicações, mais não é suficiente para que pratiquem o autocuidado e tenham hábitos saudáveis (LIMA & ARAUJO, 2007).

É comum que, com o diagnóstico, o paciente passe por um sofrimento e desgaste emocional, por medo da morte, da solidão e de ficar inválido. Todas essas sensações contribuem para um quadro de estresse que podem agravar a saúde do indivíduo, mas sem dúvidas, o leva a ter maior preocupação com a prática do autocuidado e assim o faz adotar um estilo de vida mais saudável. Se houver internação e procedimento cirúrgico, esse cuidado se torna ainda maior, porém, com o passar do tempo, estabilizado o episódio agudo, o paciente abandona o tratamento e volta a ter uma vida pouco saudável (LIMA & ARAUJO, 2007).

Nesse sentido, é importante que o paciente seja estimulado ao autocuidado para evitar complicações e principalmente para proteger sua saúde e desfrutar de qualidade de vida. Segundo Menezes, Barros e Calles (2014, s/p);

A qualidade de vida (QV) é a percepção pessoal acerca de sua condição de saúde, tornando-se um importante instrumento aliado a testes diagnósticos e laboratoriais. As DCV constantemente levam a algum comprometimento na QV dos indivíduos devido ao comprometimento físico causado pela deterioração da função cardíaca, como órgão fundamental para manutenção da vida. Para a análise da QV, devem ser considerados os aspectos físicos, mentais, sociais, como também o bem-estar e o estado de saúde.

Para avaliar a qualidade de vida do paciente devem-se considerar duas condições; a qualidade de vida do paciente portador de DAC que ainda não sofreu IAM, que está relacionada ao impacto da doença nas atividades do dia-a-dia, e do uso de medicamentos, bem como dos seus efeitos colaterais, e a qualidade de vida do paciente após o evento coronariano agudo. Esta última, em especial, causa um impacto severo na vida do indivíduo, mudando drasticamente sua rotina e suas capacidades físicas (BENETTI *et al.*, 2001).

É comum que os pacientes sofram grande impacto psicoemocional que acaba colaborando para o desenvolvimento de um quadro de depressão, influenciando negativamente a qualidade de vida deste indivíduo. Os fatores emocionais são influenciadores característicos, pois o paciente além de conviver com as consequências do IAM, lida também com o medo da ocorrência de um novo evento. Muitas vezes esses fatores fogem do controle emocional, e mesmo que o paciente não queira, acaba sendo um agravante à sua saúde (PEREIRA *et al.*, 2013).

A fim de que a saúde deste seja preservada, é necessário estimular a prática do autocuidado, que, segundo Pereira *et al.* (2013) envolvem;

- *Frequência às consultas médicas:* é necessário que profissional da saúde priorize a avaliação clínica, psicológica e social do paciente após IAM, envolvendo nas consultas e orientações seus familiares, que são importantes nesse cuidado. Deve ser considerando fatores como; custo financeiro para deslocamento e manutenção do tratamento e nível de escolaridade do paciente, a fim de oferecer informações claras.
- *Uso de medicamentos:* o paciente deve ser instruído a fazer uso da terapia medicamentosa proposta, e conscientizado das implicações do abandono da terapia, mesmo na ausência dos sintomas.
- *Manutenção do peso corporal:* o profissional deve incentivar o paciente a reduzir o peso, e mantê-lo em uma faixa adequada, de acordo com seu Índice de Massa Corporal (IMC), por meio da adoção de hábitos saudáveis. Deve ser consideradas preferências alimentares, os recursos financeiros e os aspectos culturais do paciente, e ofertando a ele um tratamento individualizado e contínuo.
- *Práticas de atividades físicas:* deve ser orientada a realização de no mínimo 30 minutos, três vezes por semana, de exercícios aeróbicos ou resistidos. Demonstrar a importância da prática contínua, e envolver também os familiares nessa rotina.
- *Abstenção do tabagismo:* o profissional da saúde deve combater o tabagismo e incentivar ao abandono através da demonstração dos benefícios e do uso de substâncias que modificam o paladar e de competidores farmacológicos específicos da nicotina.

- *Abstenção da bebida alcóolica:* demonstrar que o uso excessivo de álcool eleva a pressão arterial e aumenta o nível de colesterol e desencadeia DCV. O trabalho com o paciente deve ser feito aos poucos, com paciência, tolerância e estímulo.
- *Estímulo a atividades de lazer:* o profissional deve estimular para que haja redução da ansiedade e do estresse, que são complicadores cardiovasculares.
- *Controle da pressão arterial:* incentivar o paciente a praticar atividades físicas, se alimentar de forma saudável, utilizar, caso necessário, a terapia medicamentosa, que deve ser renovada com frequência, e aferir a pressão com maior frequência.

Além desses cuidados, é necessário que o paciente tenha uma alimentação saudável, que segundo as recomendações da American Heart Association, citada por Mahan & Escott-Stump (2011) envolvem:

Ingestão balanceada de calorias, consumir dieta rica em vegetais e frutas, escolher grãos integrais e alimentos ricos em fibras, consumir peixes, especialmente o não gorduroso, pelo menos duas vezes na semana. Limitar a ingestão de gordura saturada, escolhendo alternativas de carnes magras e vegetais, selecionando produtos sem gorduras (desnatados), minimizando a ingestão de gorduras parcialmente hidrogenadas. Minimizar a ingestão de bebidas e alimentos com adição de açúcar, e escolher e preparar alimentos com pouca ou nenhuma quantidade de sal (MAHAN & ESCOTT-STUMP, 2011, p.852).

Pacientes que passaram por cirurgia de revascularização apresentam importante melhora na qualidade de vida devido à melhora na angina. Para esses pacientes a Organização Mundial da Saúde definiu como um cuidado necessário à reabilitação cardíaca, que são ações necessárias para melhorar e proteger as condições físicas, mentais e sociais do paciente para que este tenha condições de retornar à sua vida ativa. A inclusão deste paciente neste tipo de cuidado reduz a ansiedade e a depressão. No programa de reabilitação cardíaca é necessário corrigir a hiperlipidemia, e obesidade, o tabagismo, a hipertensão e o sedentarismo. É alvo desse processo a melhora da qualidade de vida do paciente e seu retorno às atividades rotineiras, como trabalho, prática sexual e lazer, sem dor, desconforto e medo (BENETTI *et al.*, 2001).

Nesse contexto ainda, destaca-se a importância do profissional da saúde incentivar o envolvimento da família e o apoio social a estes, para que haja uma atenção voltada a cada integrante das famílias dos pacientes que sofreram IAM, pois estes membros familiares são importantes no processo de cuidado ao paciente, e de estímulo deste à adoção de hábitos saudáveis. As famílias devem receber apoio social durante todo o percurso da doença, e serem orientados inicialmente, no momento da internação, até a progressão da enfermidade, com orientação dentro da unidade básica de saúde, para instrução sobre o processo saúde-doença (GARCIA *et al.*, 2015).

O cuidado voltado para esse paciente deve ser feito em cada consulta ambulatorial e em cada visita domiciliar, sempre o incentivando a realizar de forma continuada o autocuidado. É necessário que a abordagem feita seja individualizada, considerando a realidade na qual ele está inserido, e integral, com a ação de diferentes profissionais da saúde, para que todos os fatores de risco sejam prevenidos (LIMA & ARAUJO, 2007).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

1 Identificação dos problemas:

O diagnóstico situacional, feito através de reuniões com a equipe, observação da demanda espontânea e análises dos prontuários, permitiu identificar os problemas mais prevalentes nessa unidade. Estes foram; elevado número de paciente com hipercolesterolemia, com diabetes, uso acentuado de benzodiazepínicos, e baixa adesão de paciente com complicações cardiovasculares ao tratamento proposto.

2 Priorização dos problemas:

O problema escolhido foi à dificuldade dos pacientes que anteriormente sofreram infarto agudo do miocárdio em realizar um acompanhamento com o especialista. Optou-se por esse problema devido à possibilidade de enfrentamento do mesmo pela equipe de saúde e pela necessidade de conscientizar essa população sobre a prevenção de complicações.

3 Descrição dos problemas:

Alguns pacientes buscam na atenção primária a resolução deste problema. Por outro lado outros pacientes anteriormente acometidos pela síndrome coronariana sequer realizam acompanhamento mesmo no nível primário de atenção. Dessa forma os funcionários da UBS, a enfermagem e os agentes de saúde foram convocados inicialmente a realizar um levantamento dos pacientes pós-infartados em todas as faixas etárias cadastrados na unidade.

4 Explicação dos problemas:

O IAM provoca grande impacto na vida do indivíduo, causando incapacitações e morbimortalidade. Porém, muitos pacientes mostraram desconhecer os riscos em longo prazo da doença e alguns mostraram preocupação apenas com as complicações agudas, pensando que enquanto não sentem nada, a doença não representa riscos.

Dos pacientes que tem o hábito de apenas pedir a renovação de suas receitas, sem comparecer à unidade, apenas alguns já com complicações pós-infarto visitam um especialista. Muitos não sabem quando fizeram um exame pela última vez nem quando foi sua última consulta. Alguns dizem, ainda, desanimar de ir à unidade por não gostarem de enfrentar fila. Essa situação nos mostrou a necessidade de montar um plano de intervenção para que tal realidade fosse mudada e assim, a saúde desses pacientes fosse preservada.

5 Identificação dos nós críticos:

Neste tópico serão apresentados cada um dos nós críticos bem como as operações que serão desenvolvidas sobre eles. Assim, os nós críticos são;

Com as observações dos prontuários, e da análise situacional da unidade, em reunião com a equipe, destacamos alguns nós críticos passíveis de intervenção e necessitados de atenção. Estes estão descritos abaixo:

- Falta de conhecimento dos pacientes;
- Acolhimento e atenção deficientes a esses pacientes;
- Baixa frequência desses pacientes a unidade;
- Não adesão aos hábitos saudáveis de vida.

Nós Críticos 1: Falta de conhecimento dos pacientes

A operação será *Conhecimento em Saúde*, onde iremos distribuir panfletos educativos, com linguagem simples, para a comunidade e os usuários que entrarem na unidade. Esse panfleto conterá informações sobre os cuidados que o paciente pós-infartado e portador da SCA deve ter, bem como as medidas para se obter um estilo de vida saudável. Além dos panfletos, faremos também cartazes para anexar dentro da unidade, para que todos possam, ao esperar atendimento, serem também informados.

Nó Crítico 2: Acolhimento e atenção deficientes a esses pacientes

A operação será *Capacitação em Saúde*, onde toda a equipe passará por aulas em formato de palestras, para que o assunto seja tratado, e assim possam sanar dúvidas quanto a parte fisiopatológica, bem como a questão do atendimento específico a esses pacientes. Nessas palestras serão feitas leituras de textos e artigos científicos, além de casos clínicos, e roda de discussão para que possam trocar conhecimento e propor melhorias ao atendimento prestado.

Nó Crítico 3: Baixa frequência desses pacientes a unidade

A operação será *Busca Ativa*, onde os agentes, após identificar os pacientes que estão ausentes da unidade, marcarão visitas domiciliares, para que possamos, durante as visitas, identificar a real situação do paciente, e de forma acolhedora, trazê-los para a unidade, firmando com eles um vínculo de confiança, e levando-o a frequentar mais a unidade, a participar dos encontros que serão realizados, e buscar mais o cuidado, seguindo, continuamente, o tratamento.

Nó Crítico 4: Não adesão aos hábitos saudáveis de vida

A operação será *Grupo de Apoio*, onde serão realizados encontros mensais com esses pacientes para realização de atividades de estímulo ao estilo de vida saudável e palestras de conscientização. Para isso contaremos com o apoio de outros profissionais da saúde, que tratarão em cada encontro, de temas relacionados à saúde desses pacientes, como hábitos alimentares saudáveis, prática de atividades físicas, uso de medicamentos, apoio da família, entre outros, para que possam se envolver no cuidado e de fato mudar o estilo de vida, prevenindo complicações, preservando a saúde e a qualidade de vida.

Nas páginas seguintes serão explicitadas as operações em quadros, para facilitar a demonstração do desenvolvimento das ações necessárias.

Quadro 1 – Operações sobre o nó crítico “Falta de Conhecimento dos Pacientes” relacionado ao problema “Autocuidado não praticado”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da UBS Enfermeira Isaura Vidal, em Rio Pomba, Minas Gerais.

Nó crítico 1	Falta de conhecimento dos Pacientes
Projeto	<i>Conhecimento em Saúde</i>
Operação	Divulgação de panfletos com informações sobre a proteção da saúde do paciente pós-infartado e com SCA. Além de práticas educativas.
Resultados Esperados	Comunidade mais consciente, mais participativa e colaborativa aos cuidados em saúde.
Produtos esperados	Veiculação de informações nos meios de comunicação local, distribuição de folhetos educativos nas ruas principais próximas à UBS, aferição da pressão arterial na praça.
Atores sociais/ responsabilidades	Médico Paulo e enfermeiras
Recursos necessários	Cognitivo: Informação sobre o cuidado do paciente pós-infartado e prevenção de complicações. Financeiro: Para confecção de panfletos e cartazes informativos Político: Comunicação entre os setores políticos da saúde do município.
Recursos críticos	Financeiro e Político
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretaria de Saúde, PSF, NASF. Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Busca de parceria com outros profissionais da saúde e meios de comunicação local (rádio)
Responsáveis:	Médico Paulo, enfermeiras e ACS
Cronograma / Prazo	Implantação: três meses. Recorrência: uma vez por mês.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Reuniões com a equipe, para organização, e após cada evento para listar os resultados e possíveis melhorias.

Quadro 2 – Operações sobre o nó crítico “Acolhimento e Atenção Deficiente a esses Pacientes” relacionado aos problemas “Baixa frequência desses pacientes a unidade, e pouca confiança na equipe”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família do UBS Isaura Vidal, em Rio Pomba, Minas Gerais.

Nó crítico 2	Acolhimento e Atenção Deficiente a esses Pacientes
Projeto	<i>Capacitação em Saúde</i>
Operação	Capacitação da equipe, mudanças no formato do atendimento oferecido, para melhoria, com maior humanização.
Resultados Esperados	Atendimento mais humanizado e amplo, maior cobertura no atendimento.
Produtos esperados	Capacitação contínua da equipe, parceria com outros profissionais, horário na agenda destinado especificamente a esses pacientes.
Atores sociais/ responsabilidades	Médico Paulo e enfermeiras
Recursos necessários	Cognitivo: Embasamento teórico sobre o assunto. Humanos: Toda a equipe de saúde da unidade. Político: Comunicação entre os setores políticos da saúde do município.
Recursos críticos	Humano e Político
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretaria de Saúde, PSF, NASF. Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Busca de parceria com profissionais da área.
Responsáveis:	Médico Paulo, enfermeiras e ACS
Cronograma / Prazo	Uma vez por mês
Gestão, acompanhamento e avaliação	Reuniões com a equipe, para organização. Verificação do rendimento da equipe por meio de testes, sempre após cada reunião de capacitação.

Quadro 3 – Operações sobre o nó crítico “Baixa frequências desses pacientes a unidade” relacionado ao problema “Baixa adesão ao tratamento”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da UBS Isaura Vidal, em Rio Pomba, Minas Gerais.

Nó crítico 3	Baixa frequência desses pacientes a unidade
Projeto	<i>Busca Ativa</i>
Operação	Visitas domiciliares frequentes
Resultados Esperados	Busca dos pacientes, identificação dos que estão ausentes e promoção da interação com os pacientes.
Produtos esperados	Maior vínculo com o pacientes, e maior frequência deste a unidade e adesão ao tratamento.
Atores sociais/ responsabilidades	Médico Paulo
Recursos necessários	Humano: Agentes comunitários de saúde.
Recursos críticos	Aceitação dos pacientes, criação do vínculo profissional-paciente.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretaria do PSF, ACS. Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Maior frequência das visitas, com a presença de outros profissionais da saúde.
Responsáveis:	Médico Paulo, enfermeira e ACS.
Cronograma / Prazo	Implantação até início de setembro, ocorrência duas vezes por semana.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Reunião mensal com ACS para identificação, por meio da análise dos prontuários, da frequência dos pacientes à unidade e de seu estado de saúde.

Quadro 4 – Operações sobre o nó crítico “Não adesão aos hábitos saudáveis de vida” relacionado ao problema “Risco de novos episódios de infarto e complicações da SCA”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família do UBS Isaura Vidal, em Rio Pomba, Minas Gerais.

Nó crítico 4	Não adesão aos hábitos saudáveis de vida
Projeto	<i>Grupo de Apoio</i>
Operação	Criação de um grupo de apoio para estimular os pacientes a se cuidarem, se alimentarem de forma saudável e praticarem atividade física regular.
Resultados Esperados	Pacientes com a saúde protegida, níveis pressóricos controlados, perfil lipídico adequado e peso corporal adequado.
Produtos esperados	Palestras sobre alimentação saudável e prática de atividade física. Programa de caminhada coletiva.
Atores sociais/ responsabilidades	Médico Paulo e enfermeiras
Recursos necessários	Financeiro: Para confecção de cartazes e aquisição de material audiovisual para as palestras. Humano: Profissionais de outras áreas da saúde, como Nutricionista. Político: Comunicação entre os setores políticos da saúde do município.
Recursos críticos	Financeiro, Humano e Político.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretaria de Saúde, PSF, NASF. Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Busca de parceria com outros profissionais da saúde.
Responsáveis:	Médico Paulo, enfermeiras e ACS
Cronograma / Prazo	Implantação: dois meses. Recorrência dos encontros: quinzenalmente. Recorrência da caminhada: uma vez por semana.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Reuniões com a equipe, para organização, e após cada encontro para listar os resultados e possíveis melhorias.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa intervenção foi necessária porque muitos dos pacientes que sofreram IAM apresentavam dificuldades em realizar um acompanhamento com especialistas e assim, buscavam na atenção primária a resolução deste problema.

Além disso, alguns pacientes anteriormente acometidos pela síndrome coronariana sequer realizavam acompanhamento, mesmo no nível primário de atenção, e isso levou a equipe de saúde desta unidade a trabalhar nas ações estabelecidas.

Nesse sentido, este trabalho propôs um plano de ação para enfrentar as dificuldades desses pacientes que anteriormente sofreram infarto agudo do miocárdio, residentes na área de abrangência da UBS Enfermeira Isaura Vidal. Com essas ações, espera-se que dentro de um ano os pacientes que sofreram infarto agudo do miocárdio tenham uma saúde estável, com fatores de risco controlados, frequentes à unidade de saúde, com um estilo de vida saudável, praticando o autocuidado e seguindo corretamente o tratamento proposto.

Fica nesse trabalho o estímulo aos profissionais de outras áreas a se envolverem nesse enfrentamento, que mesmo dificultoso, permitiu a toda a equipe oferecer uma atenção maior a esses pacientes, levando-os a melhorar suas condições de saúde e qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- AVEZUM, A.; PLEGAS, L. S.; PEREIRA, J. C. R. Fatores de risco associados com infarto agudo do miocárdio na região metropolitana de São Paulo. Uma região desenvolvida em um país em desenvolvimento. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.84, n.3, 2005.
- BASSAN, F.; BASSAN, R.; Abordagem da Síndrome Coronariana Aguda. **Rev. da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul**, v.5, n.7, 2006.
- BENETTI, M.; NAHAS, M. S. V.; REBELO, F. P. V.; LEMOS, L. S.; CARVALHO, T. Alterações na qualidade de vida em coronariopatas acometidos de infarto agudo do miocárdio, submetidos a diferentes tipos de tratamentos. **Atividade Física & Saúde**, v.6, n.3, 2001.
- BRUNORI, E. H. F. R.; LOPES, C. T.; CAVALCANTE, A. M. R. Z. *et al.* Associação de fatores de risco cardiovasculares com as diferentes apresentações da síndrome coronariana aguda. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.22, n.4, 538-46, 2014.
- CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P. de.; SANTOS, M. A. dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010.
- DATASUS [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010. Disponível em: <www.datasus.gov.br> Acesso em 28 de Novembro de 2015.
- ESCOSTEGUY, C. C.; PORTELA, M. C.; MEDRONHO, R. A.; VASCONCELLOS, M. T. L. O sistema de informações hospitalares e a assistência ao infarto agudo do miocárdio. **Rev. Saúde Pública**, v.36, n.4, p.4891-9, 2002.
- GALLO, A. M.; LAURENTI, R. Mudanças de hábitos e atitudes em sobreviventes de infarto agudo do miocárdio e angioplastia primária. **Saúde Santa Maria**, v.40, n.2, p.59-66, 2014.
- GARCIA, R. P.; BUDÓ, M. L. D.; SCHWARTZ, B. S. S.; SILVA, F. M. Apoio social frente a necessidade de cuidado após infarto do miocárdio. **Rev Bras Enferm**, v.68, n.4, p.649-55, 2015.
- LEMONS, K. F.; DAVIS, R.; MORAES, M. A.; AZZOLIN, K. Prevalência de fatores de risco para síndrome coronariana aguda em pacientes atendidos em uma emergência. **Rev Gaúcha Enferm**. Porto Alegre, v.31, n.1, p.129-35, 2010.
- LIMA, F. E. T.; ARAUJO, T. L. Prática do autocuidado essencial após a revascularização do miocárdio. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.28, n.2, p.223-232, 2007.
- MAHAN, L. K.; ESCOTT-STUMP, S. *Krause: Alimentos, nutrição e dietoterapia*. 12 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. 1351 p.

MARCOLINO, M. S. *et al.* Implantação da Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio no Município de Belo Horizonte. **Arq Bras Cardiol.** v.100, n.4, p.307-314, 2013.

MENEZES, T. C.; BARROS, J. E. S. L.; CALLES, A. C. N. Avaliação da qualidade de vida do paciente com síndrome coronária aguda: Revisão de Literatura. **Ciência Biológicas e da Saúde.** Maceió, v.2, n.2, p.141-152, 2014.

OVERBAUGH, K. J. Acute Coronary Syndrome. **Am J Nurs.**, v.109, n.5, p.42-52, 2009.

PEREIRA, A. C. R.; DIAS, B. V. B.; SANTOS, F. T. Protocolo assistencial no pós-infarto agudo do miocárdio baseado nos diagnósticos de enfermagem e intervenções da North American Nursing Diagnosis Association – NANDA. **Cuidarte Enfermagem**, v.7, n.2, p.113-118, 2013.

PESARO, A. R. P.; SERRANO, C. V. J.; NICOLAU, J. C. Infarto agudo do miocárdio – síndrome coronariana aguda com supra desnível do segmento ST. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v.50, n.2, 2004.

SCHNEIDER, D. G *et al.* Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana. **Texto e Contexto Enferm.** Florianópolis, v,17, n.1, p.81-9, 2008.

SOARES, G. P. *et al.* Mortalidade por todas as causas e por doenças cardiovasculares em três estados do Brasil, 1980 a 2006. **Rev. Panam. Salud.** v.28, n.4, p.258-266, 2010.