

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA  
FAMÍLIA**

**FERNANDA VALERIANO DA COSTA**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR A PREVENÇÃO DE  
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA EM PACIENTES DA ESTRATÉGIA  
SAÚDE DA FAMÍLIA-27 EM CONTAGEM, MINAS GERAIS**

**CONTAGEM / MINAS GERAIS**

**2019**

**FERNANDA VALERIANO DA COSTA**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR A PREVENÇÃO DE  
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA EM PACIENTES DA ESTRATÉGIA  
SAÚDE DA FAMÍLIA-27 EM CONTAGEM, MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Eliana Aparecida Villa

**CONTAGEM / MINAS GERAIS**

**2019**

**FERNANDA VALERIANO DA COSTA**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR A PREVENÇÃO DE  
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA EM PACIENTES DA ESTRATÉGIA  
SAÚDE DA FAMÍLIA-27 EM CONTAGEM, MINAS GERAIS**

**Banca examinadora**

Professora Dra. Eliana Aparecida Villa – UFMG (Orientadora)

Professora Maria Dolôres Soares Madureira - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 04 de abril de 2019.

## DEDICATÓRIA

Dedico, em primeiro lugar, a Deus que me proporcionou força e bênçãos durante esse caminho de aprendizado. Ao meu esposo Andres e meus familiares por compreenderem o tempo em que estive longe deles.

## RESUMO

A insuficiência cardíaca é uma doença crônica de evolução progressiva, caracterizada pela dificuldade do músculo cardíaco em manter o débito adequado para o funcionamento do organismo. Pode resultar em incontáveis complicações e o acompanhamento e a terapêutica adequada colaboram para minimizá-las. Haja vista que a incumbência da Saúde da Família é a atenção integral dos usuários, o presente trabalho apresenta uma proposta de intervenção para melhorar o acompanhamento e a atenção aos pacientes portadores de insuficiência cardíaca. Para executar a proposta, fez-se o diagnóstico situacional da população assistida pela equipe de saúde e, em seguida, foi realizada uma revisão bibliográfica acerca do tema para dar sustentação teórica à proposta. Após, foi elaborado um plano de ação fundamentado no Planejamento Estratégico Situacional. Os nós críticos relacionados ao tratamento do paciente portador de insuficiência cardíaca foram: pouco conhecimento sobre a doença; baixa adesão ao tratamento medicamentoso e às orientações médicas. No projeto de intervenção foram propostas as seguintes abordagens: fornecer maiores informações sobre a doença aos pacientes e seus familiares; explicar a importância da utilização dos medicamentos prescritos; orientar sobre a importância da alimentação adequada e quanto ao controle de fatores de risco. Assim, anseia-se que haja uma reorganização de todo o processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família-27, com melhora significativa na qualidade do acompanhamento dos pacientes portadores de insuficiência cardíaca e, conseqüentemente, na melhoria de sua saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária em Saúde. Estratégia Saúde da Família. Insuficiência cardíaca.

## **ABSTRACT**

Heart failure is a chronic disease and a progressive disorder, characterized by reduction in the efficiency of the heart muscle, through damage or overloading. There can be countless complications, and proper follow-up and therapy work to minimize them. The family health strategy function is the integral care of the users; the present paper presents a proposal of intervention to improve the follow-up and the attention to patients with heart failure. To carry out the proposal, a situational diagnosis was made of the population assisted by the health team, followed by a bibliographical review about the theme to provide theoretical support to the proposal. Afterwards, an action plan based on Situational Strategic Planning was elaborated. The critical nodes related to the treatment of the selected heart failure patient were poor knowledge about the disease; adherence to drug treatment and medical advice. In the intervention project, the following approaches were proposed: to provide more information about the disease to patients and their relatives; stimulate and explain the importance of using prescribed drugs; to advise on the importance of adequate food and on the control of other risk factors. Thus, it is hoped that there will be a reorganization of the entire work process of the Family Health Strategy-27, with a significant improvement in the quality of follow-up of patients with heart failure and, consequently, their health.

Key words: Primary Health Care, Family Health Strategy, Heart Failure.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|               |   |
|---------------|---|
| ACSBRA        | Agente Comunitário de Saúde                     |
|               | Bloqueador do receptor de angiotensina          |
| CCE           | Centro de Consulta Especializada                |
| CAPs AD       | Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas  |
| CAPS I        | Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil  |
| CAPS Eldorado | Centro de Atenção Psicossocial Eldorado         |
| CAPS Sede     | Centro de Atenção Psicossocial Sede             |
| DPOC          | Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica              |
| ESF           | Estratégia Saúde da Família                     |
| FEVE          | Fração de Ejeção Ventricular                    |
| IBGE          | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IC            | Insuficiência Cardíaca                          |
| ICC           | Insuficiência Cardíaca Crônica                  |
| ICFEp         | IC com fração de ejeção preservada              |
| ICFEr         | IC com fração de ejeção reduzida                |
| MS            | Ministério da Saúde                             |
| PES           | Planejamento Estratégico Situacional            |
| PSF           | Programa Saúde da Família                       |
| UBS           | Unidade Básica de Saúde                         |
| UPA           | Unidade de Pronto Atendimento                   |
| UVZ           | Unidade de Vigilância de Zoonoses               |

## **SUMÁRIO**

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b>                                    | <b>9</b>  |
| 1.1 Aspectos gerais do município                       | 9         |
| 1.2 Aspectos da comunidade                             | 9         |
| 1.3 O sistema municipal de saúde                       | 9         |
| 1.4 A Unidade Básica de Saúde Vale das Amendoeiras     | 10        |
| 1.5 A ESF 27, da UBS Vale das Amendoeiras              | 10        |
| 1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe 27   | 10        |
| 1.7 O dia a dia da Equipe 27                           | 11        |
| 1.8 Estimativa rápida                                  | 11        |
| 1.9 Priorização dos problemas                          | 11        |
| <b>2 JUSTIFICATIVA</b>                                 | <b>13</b> |
| <b>3 OBJETIVOS</b>                                     | <b>14</b> |
| 3.1 Objetivo geral                                     | 14        |
| 3.2 Objetivos específicos                              | 14        |
| <b>4 METODOLOGIA</b>                                   | <b>15</b> |
| <b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b>                         | <b>17</b> |
| <b>6 PLANO DE INTERVENÇÃO</b>                          | <b>18</b> |
| 6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo) | 22        |
| 6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)  | 22        |
| 6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)            | 23        |
| 6.4 Desenho das operações (sexto passo)                | 23        |
| <b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>                          | <b>28</b> |
| <b>REFERÊNCIAS</b>                                     | <b>29</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 Aspectos gerais do município

Contagem é um município brasileiro do estado de Minas Gerais, região sudeste do país. Pertence a região metropolitana de Belo Horizonte e é o terceiro município mais populoso do estado, reunindo 659 070 habitantes segundo estimativa de 2018 (IBGE, 2018).

Contagem se destaca pelo seu grande parque industrial. A economia de Contagem é baseada no comércio (30,65%) e na indústria (25,71%).

Segundo o censo de 2010, dentre os habitantes de Contagem, 292.797 habitantes eram homens e 315.853 habitantes eram mulheres. Ainda segundo o mesmo censo, 601 402 habitantes viviam na zona urbana e o restante na zona rural. A população contagense era composta por 237.234 brancos (38,97%); 61.486 pretos (10,10%); 7.938 amarelos (1,30%); 295.894 pardos (48,61%) e 810 eram indígenas (0,13%) (IBGE, 2018).

### 1.2 Aspectos da comunidade

Carajás é um bairro de cerca de 3.648 habitantes, localizada na periferia de Contagem, que se formou, principalmente, a partir de um condomínio para policiais militares na década de 1960. Hoje, a população empregada vive basicamente do trabalho nas empresas e nos comércios centrais de Contagem ou de Belo Horizonte.

O bairro possui os serviços básicos de coleta de lixo e saneamento básico, possui duas escolas de ensino fundamental e uma escola de ensino médio públicas e uma creche privada.

### 1.3 O sistema municipal de saúde

A saúde em Contagem conta com oito distritos sanitários, cinco Unidades de Pronto Atendimento (UPA) com funcionamento de 24 horas, um complexo hospitalar compreendido pelo Hospital Municipal de Contagem e pelo Centro Materno Infantil: ambos com funcionamento de 24 horas, 80 estruturas fixas de Unidades Básicas de

Saúde (UBS), dois Centros de Consultas Especializadas (CCE) Iria de Diniz e Ressaca, uma Unidade de Vigilância de Zoonoses (UVZ), um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPs AD), um Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil (CAPS I), um Centro de Atenção Psicossocial Eldorado (CAPS Eldorado) e um Centro de Atenção Psicossocial Sede (CAPS Sede).

#### 1.4A Unidade Básica de Saúde Vale das Amendoeiras

A Unidade de Saúde Vale das Amendoeiras, que abriga a Equipe 27- Carajás, foi inaugurada há cerca de quatro anos e está situada na rua principal do bairro que faz a ligação com as demais ruas do bairro e os bairros vizinhos, sendo assim, em uma localização favorável aos pacientes e de fácil acesso.

A unidade é grande, entretanto divide espaço com quatro equipes, o que prejudica a organização. Possui salas amplas, banheiros suficientes, ambientes bem iluminados e ventilados, entretanto ainda não possui acesso facilitado para deficientes e idosos. Frequentemente há escassez de material de higiene como álcool e luvas.

#### 1.5A Equipe de Saúde da Família 27, da Unidade Básica de Saúde Vale das Amendoeiras

A Equipe de Saúde da Família (ESF) 27 é composta por uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde (ACS). Diariamente é realizado acolhimento pela manhã e à tarde as atividades são alternadas, de acordo com agenda de funcionamento. São realizados grupo de hiperdia, atendimentos de puericultura, pré-natal, visita-domiciliar, coleta de prevenção ginecológica, consultas agendadas e planejamento familiar. A equipe é unida, o que favorece o trabalho em grupo e a realização de tantas atividades.

#### 1.6O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe 27

A ESF-27 funciona de segunda a sexta-feira de 7:00 as 17:00 horas. Durante o período da manhã ocorre o acolhimento. No período da tarde são distribuídas as

outras atividades como puericultura, pré-natal, hiperdia, visitas domiciliares, revisão de exames, entre outras atividades.

#### 1.7 O dia a dia da Equipe 27

Como supracitado, todas as manhãs ocorre o acolhimento, segunda-feira à tarde é dia de coleta de prevenção ginecológica e uma vez ao mês ocorre grupo de planejamento familiar. Terças à tarde é dia de hiperdia, quarta à tarde é dia de puericultura e visita domiciliar da enfermagem de 15/15 dias. Quinta à tarde é reunião do NASF uma vez ao mês, e consultas de pré-natais. Sexta à tarde de 15/15 dias é realizada visita domiciliar médica, intercalada com revisão de exames. Diariamente são agendadas pela manhã cinco consultas após o acolhimento, quando é realizada também a revisão de exames.

#### 1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

A estimativa rápida é baseada em coletar apenas os dados importantes, conquista de informações que possam demonstrar as circunstâncias e as características da área e circundar os cidadãos na realização da estimativa rápida (KLEBA *et al.*, 2015).

Os elementos levantados mediante este método são encontrados nos prontuários ou em entrevistas dirigidas. O conhecimento prévio da ESF-27 foi primordial para o levantamento dos dados necessários para conhecimento inicial da população circunscrita e suas demandas maiores.

Inicialmente, os dados foram coletados por meio de análise dos prontuários pertencentes à equipe. Durante a fase de diagnóstico situacional, os usuários do sistema foram entrevistados durante consultas médicas e de enfermagem sobre os maiores problemas de saúde enfrentados pela comunidade no momento.

#### 1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

Aplicando o modelo de estimativa rápida simplificada, de acordo com Faria; Campos; Santos (2018), os principais problemas do território da ESF-27 foram

pontuados, a saber: tabagismo, obesidade, diabetes mellitus, doenças psiquiátricas e doenças cardíacas, dentre elas a insuficiência cardíaca, como demonstrado no Quadro 1, abaixo.

Posteriormente, foi realizada a priorização daqueles problemas que porventura seriam enfrentados. Os problemas identificados foram numerados de acordo com a ordem de prioridade, o caráter de urgência e a capacidade de enfrentamento do problema, conforme o Quadro 1. Conforme o quadro, o problema da população priorizado foi a Insuficiência Cardíaca.

**Quadro 1- Priorização de problemas segundo levantamento de necessidades realizado na ESF-27, Contagem, Minas Gerais, 2018.**

| <b>Principais Problemas</b>   | <b>Importância *</b> | <b>Urgência**</b> | <b>Capacidade de enfrentamento***</b> | <b>Seleção ****</b> |
|-------------------------------|----------------------|-------------------|---------------------------------------|---------------------|
| <i>Tabagismo</i>              | Alta                 | 5                 | Parcial                               | 5                   |
| <i>Obesidade</i>              | Alta                 | 4                 | Parcial                               | 2                   |
| <i>Diabetes mellitus</i>      | Alta                 | 5                 | Parcial                               | 3                   |
| <i>Doenças Psiquiátricas</i>  | Alta                 | 5                 | Parcial                               | 4                   |
| <i>Insuficiência Cardíaca</i> | Alta                 | 8                 | Parcial                               | 1                   |

Fonte: Elaborado pela autora, 2018

\*Alta, média ou baixa

\*\* Total dos pontos distribuídos até o máximo de 10

\*\*\*Total, parcial ou fora

\*\*\*\*Ordenar considerando os três itens.

## 2 JUSTIFICATIVA

Segundo a Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2018, p.443), “ a Insuficiência Cardíaca Crônica (ICC) é um grande e crescente problema da saúde pública, afetando 5.3 milhões de pessoas, a maioria idosos, sendo diagnosticados 660.000 casos novos a cada ano”. Para Sousa *et al.* (2017), a ICC causa uma série de complicações que cursam com morbidades graves ao paciente, reduzindo a sua qualidade e expectativa de vida. Além do mais, quando não tratada adequadamente, a Insuficiência Cardíaca (IC) cursa com agudizações potencialmente letais (SOUSA *et al.*, 2017).

A ESF-27 conta com um grande percentual de pacientes portadores de IC crônica que frequentemente agudizam ou pacientes que possuem alguma complicação crônica decorrente a insuficiência cardíaca. Tem sido observado que em anos posteriores, o número de mortes por descompensações cardíacas ou complicações de IC tem aumentado. É necessário frequentemente rever a qualidade do tratamento desses pacientes para minimizar as agudizações da doença e suas complicações, além de promover estratégias de prevenção de eventos a esses pacientes.

O objetivo inicial do tratamento da insuficiência cardíaca é a melhora hemodinâmica e sintomática. Posteriormente outros alvos são buscados, incluindo preservação e/ou melhora da função renal, prevenção de lesão miocárdica, modulação da ativação neuro-hormonal e/ou inflamatória, e manejo de morbidades que podem causar ou contribuir para progressão da síndrome.

Atuando em nível de atenção básica é possível trabalhar na preservação e/ou melhora da função renal, prevenção de lesão miocárdica, modulação da ativação neuro-hormonal e/ou inflamatória, e manejo de morbidades que podem causar ou contribuir para progressão da síndrome e descompensação/agudização da doença.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Elaborar um projeto de intervenção que visa aumentar a prevenção da agudização de insuficiência cardíaca crônica de usuários da ESF-27, em Contagem, Minas Gerais.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Realizar uma revisão bibliográfica ampla sobre insuficiência cardíaca.
- Efetuar uma estimativa rápida dos problemas de saúde do território da ESF-27.
- Priorizar os problemas enfrentados pela ESF-27.
- Criar um projeto de intervenção para prevenção de agudização de insuficiência cardíaca na ESF-27.

#### 4 METODOLOGIA

A metodologia baseia-se na elaboração de uma proposta de intervenção, por meio da utilização do Planejamento Estratégico Situacional, para a prevenção da agudização de insuficiência cardíaca crônica de usuários da ESF-27, em Contagem, Minas Gerais.

O Planejamento Estratégico Situacional (PES) no contexto de saúde pública foi proposto pela Organização Pan-americana de Saúde em meados de 1980. O PES visa a criação de um planejamento como um processo participativo, com a inserção de enfoques das diversas repartições públicas (LACERDA; BOTELHO; COLLUCI, 2013).

Segundo Faria, Campos, Santos (2018) o Planejamento Estratégico Situacional é dividido em quatro fases: momento explicativo, momento normativo, momento estratégico e momento tático operacional. O momento explicativo se baseia em conhecer a realidade do território, ou seja, diferenciar, eleger e analisar seus problemas. No momento normativo é realizada a criação de elucidações para confrontar as objeções selecionadas no primeiro momento. O momento estratégico baseia-se em viabilizar as elucidações criadas no momento normativo para solução dos problemas identificados. Já o momento tático-operacional é a efetivação da proposta.

A estimativa rápida é um método de obtenção de dados, de forma rápida, econômica e com participação da população em estudo, e atores sociais, como governantes, organizações, etc. A estimativa rápida é o primeiro passo para a iniciação do planejamento (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

A estimativa rápida é utilizada para definição dos problemas enfrentados pela comunidade, que é o primeiro passo para a elaboração do plano de ação, o segundo passo é a priorização dos problemas. A priorização dos problemas é definida segundo a importância (alta, média, baixa), urgência, capacidade de enfrentamento, ordem de prioridade (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

O terceiro passo para a criação do planejamento de ação seria a descrição do problema selecionado, ou seja, caracterizá-lo e quantificá-lo. A explicação do problema é o quarto passo, definir suas etiologias e suas definições. A seleção dos nós críticos é o quinto passo. Um “nó crítico” é uma das causas do problema no qual

o planejamento irá intervir que quando enfrentado impacta de maneira importante os resultados obtidos (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

Já o sexto passo é a realização do desenho das operações. Nesse passo deve ser descrito as operações para o enfrentamento dos nós crítico, identificando os recursos necessários e apontado os resultados de cada ação tomada. O sétimo passo é o reconhecimento dos recursos críticos e o oitavo passo é a análise da efetividade do projeto. O nono passo é a criação do plano operativo em si e definição das datas para as metas a serem atingidas. O décimo passo é a administração do plano (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

Assim, a elaboração da presente proposta de intervenção foi realizada em três etapas, a primeira, o diagnóstico situacional, a segunda, a revisão bibliográfica e a terceira que foi a criação de um plano de ação.

O diagnóstico situacional foi realizado por meio da estimativa rápida, que é uma maneira de obtenção de informações sobre transtornos e recursos em potencial para sua resolução, de forma prática e econômica.

O objetivo do diagnóstico situacional é englobar a população na análise de suas demandas e seus protagonistas, a saber, governantes de diversas categorias, organizações e aqueles que estão no comando dos recursos necessários para a resolução das demandas (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

Os agentes comunitários de saúde (ACS) dialogaram com líderes comunitários, e com aqueles que pertenciam ao conselho de saúde local, a fim de investigar quais os principais problemas relacionados a saúde a comunidade enfrentava.

Após o diagnóstico situacional foi efetuada a revisão de literatura nas bases de dados eletrônicos da biblioteca virtual em saúde (BVS), MEDLINE, LILACS e SciELO; na biblioteca virtual do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON), no site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no site PubMed e no site do Ministério da Saúde. Para tal pesquisa, utilizou-se como palavras-chaves: Atenção Primária em Saúde, Estratégia Saúde da Família e Insuficiência Cardíaca. Essa revisão supracitada teve como objetivo oferecer sustentação teórica para o processo de elaboração do plano.

Após a revisão da literatura, passou-se para a criação da proposta de intervenção, utilizando-se o método do Planejamento Estratégico Situacional

conforme descrito acima, finalizando com a escrita do trabalho, respeitando a escrita científica de acordo com Corrêa, Vasconcelos e Souza (2018).

Doravante, a produção de argumentos de ação foi efetuada baseado nas discussões realizadas na Unidade Básica de Saúde (UBS) Amendoeiras, onde a ESF-27 se insere.

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Segundo o Ministério da Saúde, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é uma nova definição do modelo de assistência à saúde pública, aprontada mediante a fixação de equipes multiprofissionais dentro das unidades básicas, reordenando o modelo de atenção no SUS (BRASIL, 2017).

A ESF-27 localiza-se na UBS Vale das Amendoeiras em Contagem. Nessa UBS é efetuado o acompanhamento de aproximadamente 3.480 pacientes, muitos deles hipertensos, diabéticos, tabagista e portadores de insuficiência cardíaca.

A insuficiência cardíaca crônica (ICC) é uma situação fisiopatológica no qual o músculo cardíaco não bombeia o sangue a uma taxa comportável com o metabolismo do organismo ou pode fazê-lo apenas sob pressão (SOUSA, 2017).

A IC pode ter diversas etiologias, congênicas ou adquiridas, que afetam desde a circulação periférica até a circulação coronária, sendo que atualmente, a doença arterial coronariana é a principal etiologia da doença (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2018).

A dispneia é uma das manifestações principais da IC, iniciando-se com a realização de esforços discretos e progredindo paulatinamente até atingir a ortopneia. Outros sintomas ocorridos devido a IC são astenia, fadiga, noctúria e oligúria. Na IC direita, a dispneia não é importante e dá espaço a dor abdominal, ascite, anorexia, náuseas e constipação intestinal (NEPOMUCENO *et al.*, 2018).

A descompensação da IC tem diversos motivos, sendo que os principais são: adesão inadequada ao tratamento medicamentoso, ingestão excessiva de sal, ingestão hídrica excessiva, arritmias, isquemia miocárdica, infecções sistêmicas, miocardites, embolia pulmonar, estresse físico, estresse emocional, descompensação de doença crônica não cardíaca, uso de drogas que retêm sódio, uso de drogas que deprimem a função ventricular, alcoolismo, uso de drogas ilícitas, gestação, anemia e progressão da doença de base (RABELLO-SILVA *et al.*, 2018).

Nos exames complementares solicitados para investigação de IC, pode haver hiponatremia dilucional devido a hipervolemia. Hipopotassemia se em uso de diuréticos, hipercalemia se comprometimento renal, alterações de transaminases, desidrogenase láctica, fosfatase alcalina, bilirrubina direta e indireta (com ou sem icterícia) e tempo de protrombina se insuficiência cardíaca direita com congestão

hepática (LOBO MARQUEZ *et al.*, 2018).

A anemia normocítica e normocrômica é uma variável frequente e sucede-se devido a hemodiluição, deficiência de ferro, supressão da medula óssea, por citocinas inflamatórias ou inibidores da enzima de conversão da angiotensina e comprometimento renal crônica (PEREIRA, 2013).

A IC é uma doença de caráter progressivo, sendo que alguns fatores estão associados a um prognóstico pior, a saber: sexo masculino, cardiopatia isquêmica, aumento de pressão venosa jugular, diminuição de pulso e de pressão arterial sistólica, classe funcional pior e baixa capacidade funcional, comorbidades como diabetes, insuficiência renal crônica, apneia do sono, caquexia cardíaca e depressão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2018).

Arritmias ventriculares, bloqueio de ramo esquerdo e fibrilação atrial também são preditores de mortalidade e morte súbita (LOBO MARQUEZ *et al.*, 2018).

A terapêutica da IC tem dois pilares: a melhora sintomática e a redução da progressão da morbimortalidade. Estratégias não farmacológicas, como dieta hipossódica, restrição hídrica e atividade física são adjuvantes no tratamento (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2018).

Os vários fármacos utilizados têm finalidades diversas e complementares. Os IECAs devem ser iniciados em todas as classes funcionais e em pacientes com disfunção ventricular assintomática. Esses fármacos foram os primeiros a mostrar redução da mortalidade por desacelerar o processo de remodelamento cardíaco (MENDES; CARDOSO, 2016).

Os Bloqueadores do Receptor da Angiotensina (BRA) são uma alternativa aos Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA). Os betabloqueadores são prescritos para pacientes sintomáticos. Eles reduzem a morbimortalidade, mas não devem ser usados por pacientes com grave descompensação e que não faziam uso prévio. Entretanto, assim que estabilizado a descompensação aguda, eles devem ser iniciados (OCHIAI *et al.*, 2017).

A espironolactona deve ser utilizada em pacientes com classe funcional III e IV e que não tenham contraindicações a esse medicamento. Diuréticos e digoxina são fármacos sintomáticos. Quando o tratamento medicamentoso falha, é possível o uso de dispositivos ou a avaliação de um transplante cardíaco (BOCCHI *et al.*, 2012).

Pacientes portadores de insuficiência cardíaca crônica tendem a catabolização proteica e desnutrição. Alterações metabólicas, aumento de citocinas inflamatórias e até mesmo congestão de alças intestinais tendem a propiciar a perda do desejo alimentar do paciente associado a redução do metabolismo basal (exceto quando em descompensação e em uso de musculatura respiratória em excesso) e aumento da demanda proteica (SAHADE; MONTERA, 2009).

Pacientes portadores de ICC devem ser orientados a redução da ingesta de carboidratos, e a dar preferência a carboidratos de baixa carga glicêmica, para prevenção e abordagem da resistência à insulina, comorbidade muito frequente a ICC e a idade mais avançada dos pacientes. Quanto às necessidades proteicas, devem ser individualizadas e considerar a presença de nefropatia, outras comorbidades e edema atual do paciente, mas em suma, pacientes portadores de ICC necessitam uma carga proteica maior que adultos normais (SAHADE; MONTERA, 2009).

O paciente deve ser orientado a não ingerir alimentos ricos em gordura trans e saturada e preferir mono e polinsaturadas, salientando a necessidade de ingestão de ômega 3. A ingestão de sódio deve ser individualizada, mas em indivíduos com doença agravada, o consumo deve ser de no máximo 2-3g/dia (BOCCHI *et al.*, 2012).

Pacientes portadores de insuficiência cardíaca não devem ingerir álcool. Esse produto é cardiotoxíco e potencialmente descompensador a doença de base, entretanto, pacientes cuja doença não está descompensada e estágios não avançados, quando não abrem mão da ingesta de álcool, devem ser orientados a ingerir no máximo até 30g/dia para homens e 20g/dia no sexo feminino (SAHADE; MONTERA, 2009).

O tabagismo é um hábito frequente em pacientes portadores de cardiopatias e está associado a piora da hipertensão, devido ao aumento da inflamação sistêmica e está correlacionado a escores piores de dispneia na classificação segundo a Medical Research Council (MRC) (HILLAS *et al.*, 2015).

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma patologia respiratória cuja fisiopatologia se baseia na obstrução crônica, progressiva e irreversível do fluxo aéreo, causada por uma resposta inflamatória aumentada dos pulmões a inalação de partículas ou gases, como aqueles encontrados no cigarro (HILLAS *et al.*, 2015).

A insuficiência cardíaca e a DPOC compartilham causas equivalentes, especialmente o tabagismo. A insuficiência cardíaca descompensada está entre as principais causas de hospitalização e morte de pacientes com DPOC e piora seu prognóstico. O tabagismo é um fator de risco independente para morte em pacientes cardiopatas. A coexistência de DPOC e insuficiência cardíaca agrava a disfunção ventricular direita, quando comparada com pacientes não portadores de DPOC (HILLAS *et al.*, 2015).

A DPOC e as doenças coronárias também dividem um fator de risco comum, que é o tabagismo. Abordar casos não diagnosticados é crucial para melhorar os desfechos cardiológicos, uma vez que a coexistência de ambas as doenças piora o prognóstico quando comparada a cada uma separadamente. Ambas as doenças são caracterizadas por inflamação crônica e coagulopatia (HILLAS *et al.*, 2015).

Hipertensão arterial pulmonar e insuficiência cardíaca direita podem existir em pacientes com DPOC como consequência do remodelamento da artéria pulmonar. Esse remodelamento ocorre na DPOC devido à disfunção endotelial, anormalidades na coagulação, vasoconstrição hipóxica, destruição do leito capilar pulmonar, infiltração inflamatória da parede vascular e estresse de cisalhamento devido à redistribuição do fluxo sanguíneo. A coexistência de DPOC e de hipertensão arterial pulmonar está associada à maior mortalidade. Sinais e sintomas de disfunção ventricular direita devem ser reconhecidos, embora o diagnóstico de hipertensão arterial pulmonar não melhore os resultados de tratamento na DPOC (HILLAS *et al.*, 2015).

A prognose dos cardiopatas depende da mudança de hábitos de vida, como cessar o tabagismo, aderir a medicação prescrita, aderir a dietoterapia e a exercícios físicos supervisionados. É sabido que as taxas de não adesão aos tratamentos não medicamentosos são elevadas (50-80%) (SACCOMANN; CINTRA; GALLANI, 2014).

A incompreensão, o desvelo e a pouca atitude em prol de mudanças são as principais limitações associadas à má adesão ao tratamento no caso de pacientes portadores de insuficiência cardíaca crônica (SACCOMANN; CINTRA; GALLANI, 2014).

## **6 PLANO DE INTERVENÇÃO**

O plano de intervenção foi realizado utilizando-se o método do Planejamento Estratégico Situacional (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

### **6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)**

Foi realizada uma verificação do número de pacientes na área de abrangência da ESF-27 portadores de insuficiência cardíaca crônica e obteve-se o número de 253 pacientes cadastrados como portadores de doença cardíaca ou diagnosticados como insuficiência cardíaca crônica.

Foi observado que um pequeno número desses pacientes comparece para consulta médica de acompanhamento, e que quando possuíam alguma demanda, esses pacientes compareciam ao acolhimento, o que dificultava a otimização do tratamento de sua doença de base.

Alguns pacientes portadores de insuficiência cardíaca compareciam para renovação de receita de uso contínuo, entretanto não passavam por consulta médica, não realizavam exames de rotina e não colocavam em prática as orientações dietéticas propostas.

Essas situações supracitadas comprometem a qualidade do atendimento ao paciente cardíaco e favorece as descompensações da insuficiência cardíaca crônica.

### **6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)**

O quarto passo caracteriza-se pela explicação do problema selecionado que se pretende enfrentar, procurando abranger suas causas.

A baixa adesão aos serviços de saúde por parte dos cardiopatas pode ser esclarecida pelo baixo nível educacional levando a um baixo nível de conhecimento sobre sua doença. Culturalmente, os pacientes ainda veem a ESF com descrédito, como um serviço que não soluciona problemas. Muitos pacientes acreditam que

apenas o médico cardiologista é capaz de cuidar dos problemas cardiológicos da pessoa.

Por conhecer pouco sobre sua doença, o paciente não compreende a importância de fazer uso de forma correta das medicações prescritas e diversas vezes pulam doses, esquecem medicamentos, cessam uso de medicamentos por conta própria e se automedicam.

Quanto às orientações sobre alimentação saudável, perda de peso para obesos, cessar tabagismo, realização de atividade física, por vezes são ignoradas.

Além disso, os pacientes desanimam em realizar uma consulta ao se depararem com agendas lotadas, atrasos nos atendimentos, cancelamento de consultas e outros problemas frequentes no SUS.

A falta de busca ativa pelos pacientes ausentes também favorece o acompanhamento inadequado desses pacientes. Esse fato também se agrava devido à alta rotatividade dos profissionais, à demora na realização de exames básicos e na demora do agendamento de exames especializados.

### **6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)**

Nesta etapa é primordial identificar os “nós críticos”, ou seja, destacar as justificativas básicas na geração do problema para pensar como enfrentá-las.

Após análise do problema e discussão com os membros da ESF-27, foram identificados os três principais nós críticos:

1. Pouco conhecimento sobre a doença
2. Baixa adesão ao tratamento medicamentoso
3. Baixa adesão às orientações médicas

### **6.4 Desenho das operações (sexto passo)**

Para cada nó crítico selecionado, foi elaborada uma proposta de enfrentamento do problema.

Para o enfrentamento do nó crítico: “Pouco conhecimento sobre a doença por parte do paciente”, foi criada a proposta de grupo operativo junto ao paciente cardíaco. A proposta do grupo é reorganizar a agenda para liberação de uma tarde ao mês para atividade educativa sobre a insuficiência cardíaca, além da criação de panfletos, folders, cartazes e orientações durante consulta médica e de enfermagem

sobre a doença em si, suas etiologias, principais motivos de descompensações, entre outras informações, conforme Quadro 2 abaixo:

**Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Agudização de insuficiência cardíaca crônica”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 27, do município de Contagem, estado de Minas Gerais.**

|   |   |  |                                      |
|---|---|--|--------------------------------------|
| <b>Nó crítico 1</b>                               | <b>Pouco conhecimento sobre a doença</b>  |  |                                      |
| <b>Operação (operações)</b>                       | Fornecer mais informações sobre a doença aos pacientes portadores dela e seus familiares  |  |                                      |
| <b>Projeto</b>                                    | Prevenção da descompensação cardíaca  |  |                                      |
| <b>Resultados esperados</b>                       | Reduzir o número de internações devido a agudização de IC<br>Introduzir grupo de educação em saúde na comunidade sobre o tema   |  |                                      |
| <b>Produtos esperados</b>                         | Implantação do programa de alimentação saudável e prevenção de IC   |  |                                      |
| <b>Recursos necessários</b>                       | Estrutural: Profissionais capacitados<br>Cognitivo: Conhecimento sobre o tema<br>Financeiro: Recursos para impressão de banner e folders<br>Político: Mobilização social  |  |                                      |
| <b>Recursos críticos</b>                          | Estrutural: Falta de pessoal treinado para realização de palestras<br>Cognitivo: Falta de conhecimento sobre o tema<br>Político: Falta de aderência aos grupos e palestras<br>Financeiro: Falta de incentivo financeiro |  |                                      |
| <b>Controle dos recursos críticos</b>             | <b>Recurso crítico</b>  | <b>Quem controla</b>   | <b>Motivação existente</b>           |
|   | Falta de pessoal treinado para realização de palestras  | Os próprios profissionais  | Favorável                            |
|   | Falta de conhecimento sobre o tema  | Os próprios profissionais<br>Familiars dos pacientes<br>Os pacientes | Favorável<br>Moderadamente favorável |
|   | Falta de aderência aos grupos e palestras   | Familiars dos pacientes<br>Os pacientes                              | Desfavorável                         |
|   | Falta de incentivo financeiro   | Gestores de saúde  | Desfavorável                         |
| <b>Ações estratégicas</b>                         | Realizar treinamentos de pessoas interessadas a participar dessa estratégia.  |  |                                      |
| <b>Prazo</b>                                      | 6 meses   |  |                                      |
| <b>Responsáveis pelo acompanhamento das ações</b> | Médica e enfermeiro da equipe   |  |                                      |

|  |  |
|--|--|
| <b>Processo de monitoramento e avaliação das ações</b> | Avaliação da frequência nos grupos e palestras |
|--|--|

Relativo ao nó crítico “Baixa adesão ao tratamento medicamentoso”, criou-se a operação “Remédio sozinho não”, que compreende a orientação dos pacientes portadores de ICC a fazer o uso de medicamento conforme prescrito e não fazer uso de medicamento sem prescrição médica. Para reforçar o ato, foi orientado também aos familiares, entregue panfletos e instruída a criação de estratégias para prevenção de esquecimento das medicações como: alarmes, colocação da receita na geladeira, demarcação dos medicamentos em caixinhas coloridas.

**Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Agudização de insuficiência cardíaca crônica”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 27, do município de Contagem, estado de Minas Gerais.**

| <b>Nó crítico 2</b>                   | <b>Baixa adesão ao tratamento medicamentoso</b>   |   |                                      |
|---------------------------------------|---|---|--------------------------------------|
| <b>Operação (operações)</b>           | Estimular e explicar a importância da utilização dos medicamentos prescritos.   |   |                                      |
| <b>Projeto</b>                        | “Remédio sozinho não”. Utilização de forma correta da medicação prescrita   |   |                                      |
| <b>Resultados esperados</b>           | Redução dos índices de descompensação cardíaca e melhora da qualidade de vida dos pacientes portadores de IC e complicações crônicas da doença.   |   |                                      |
| <b>Produtos esperados</b>             | Estratégia de incentivo ao uso correto de medicações por pacientes portadores de IC, que em sua maioria utilizam polifarmácia.  |   |                                      |
| <b>Recursos necessários</b>           | Estrutural: Profissionais capacitados<br>Cognitivo: Conhecimento sobre o tema<br>Financeiro: Recursos para impressão de banner e folhetos<br>Político: Mobilização social   |   |                                      |
| <b>Recursos críticos</b>              | Estrutural: Falta de pessoal treinado para realização de palestras<br>Cognitivo: Falta de conhecimento sobre o tema<br>Político: Falta de aderência as às consultas médicas<br>Financeiro: Falta de incentivo financeiro para impressão do material |   |                                      |
| <b>Controle dos recursos críticos</b> | Recurso crítico   | Quem controla   | Motivação existente                  |
|                                       | Falta de pessoal treinado para realização de palestras  | Os próprios profissionais   | Favorável                            |
|                                       | Falta de conhecimento sobre o tema  | Os próprios profissionais<br>Famíliares dos pacientes<br>Os pacientes | Favorável<br>Moderadamente favorável |

|  |  |  |              |
|--|--|--|--------------|
|  | Falta de aderência as consultas médicas  | Familiares dos pacientes<br>Os pacientes | Desfavorável |
|  | Falta de incentivo financeiro  | Gestores de saúde                        | Desfavorável |
| <b>Ações estratégicas</b>                              | Realizar orientações de pacientes portadores de IC e seus familiares a fazerem o uso correto das medicações prescritas.              |  |              |
| <b>Prazo</b>   | 6 meses  |  |              |
| <b>Responsáveis pelo acompanhamento das ações</b>      | Médica e enfermeiro da equipe  |  |              |
| <b>Processo de monitoramento e avaliação das ações</b> | Avaliação de exames laboratoriais de rotina, números de descompensações, quadro clínico dos pacientes e exame clínico dos pacientes. |  |              |

Tendo em vista o nó crítico “Baixa adesão à orientação médica” estabeleceu-se o Projeto “Padronização do acompanhamento do cardíaco”, a partir do qual adota-se a rotina de relembrar todas as orientações deixadas no prontuário em cada consulta médica, consulta com enfermagem ou visita domiciliar, além de orientação dos familiares quanto à necessidade de colocação em prática das medidas de prevenção orientadas.

**Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Agudização de insuficiência cardíaca crônica”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 27, do município de Contagem, estado de Minas Gerais.**

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| <b>Nó crítico 3</b>         | <b>Baixa adesão à orientação médica</b>   |
| <b>Operação (operações)</b> | Orientar sobre a importância de seguir à risca as orientações quanto a alimentação, cessar tabagismo e controle de outros fatores de risco.   |
| <b>Projeto</b>              | Padronização do acompanhamento do cardíaco  |
| <b>Resultados esperados</b> | Redução dos índices de descompensação cardíaca e controle das comorbidades relacionadas a IC.<br><br>Melhora da qualidade de vida dos pacientes portadores de IC e complicações crônicas da doença. |
| <b>Produtos esperados</b>   | Estratégia de incentivo a mudança do estilo de vida por pacientes portadores de IC.   |
| <b>Recursos necessários</b> | Estrutural: Profissionais capacitados<br>Cognitivo: Conhecimento sobre o tema<br>Financeiro: Recursos para impressão de banner e folhetos   |

|  |  |  |                                      |
|--|--|--|--------------------------------------|
|  | Político: Mobilização social   |  |                                      |
| <b>Recursos críticos</b>                               | Estrutural: Falta de pessoal treinado para realização de palestras<br>Cognitivo: Falta de conhecimento sobre o tema<br>Político: Falta de aderência as consultas médicas<br>Financeiro: Falta de incentivo financeiro para impressão do material |  |                                      |
| <b>Controle dos recursos críticos</b>                  | <b>Recurso crítico</b>   | <b>Quem controla</b>   | <b>Motivação existente</b>           |
|  | Falta de pessoal treinado para realização de palestras   | Os próprios profissionais  | Favorável                            |
|  | Falta de conhecimento sobre o tema   | Os próprios profissionais<br>Familiars dos pacientes<br>Os pacientes | Favorável<br>Moderadamente favorável |
|  | Falta de aderência as orientações alimentares, orientações de cessar tabagismo e atividade física.   | Familiars dos pacientes<br>Os pacientes                              | Desfavorável                         |
|  | Falta de incentivo financeiro  | Gestores de saúde  | Desfavorável                         |
| <b>Ações estratégicas</b>                              | Realizar orientações de pacientes portadores de IC e seus familiares a realizarem mudança do estilo de vida, seguindo orientações de hábitos saudáveis como alimentação, exercício físico e cessar tabagismo.                                    |  |                                      |
| <b>Prazo</b>   | 6 meses  |  |                                      |
| <b>Responsáveis pelo acompanhamento das ações</b>      | Médica e enfermeiro da equipe.   |  |                                      |
| <b>Processo de monitoramento e avaliação das ações</b> | Avaliação de exames laboratoriais de rotina, números de descompensações, quadro clínico dos pacientes e exame clínico dos pacientes, incluindo IMC.  |  |                                      |

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inicialmente, neste estudo foi realizada uma breve descrição do município e da comunidade onde se localiza a ESF-27, o funcionamento da equipe no dia a dia e os principais problemas dentre os vários enfrentados pela comunidade.

A metodologia utilizada para a elaboração do projeto baseou-se no Planejamento Estratégico Situacional e, após a revisão da literatura, foi realizado o plano de intervenção em seis passos.

Após levantamento e priorização dos problemas da comunidade, foram elencados os nós críticos do problema: Insuficiência Cardíaca: pouco conhecimento sobre a doença, baixa adesão ao tratamento medicamentoso e baixa adesão às orientações médicas. Para o enfrentamento de cada nó crítico foi desenvolvida uma operação, sintetizada em quadros.

Na realização das propostas sugeridas, os principais recursos são de pessoal, espaço para a realização de encontros e impressão de material de estudo e banners. Sendo assim, as propostas são viáveis e de baixo custo para a equipe de saúde, favorecendo o auxílio da gestão e da comunidade.

A partir dessa proposta de intervenção, todos os membros da ESF captaram a amplitude dos problemas enfrentados pela população, bem como a necessidade de priorização e foco para o enfrentamento destes, com a criação de estratégias conjuntas para isso.

Desse modo, por meio da implementação do projeto de intervenção, espera-se reduzir o número de internações devido a Insuficiência Cardíaca, introduzir um grupo de educação em saúde na comunidade sobre o tema, diminuir as complicações crônicas da doença e melhorar a qualidade de vida dos pacientes portadores de IC, atendidos pela Equipe de Saúde da Família 27, em Contagem, Minas Gerais.

## REFERENCIAS

BOCCHI, E.A. *et al.* Atualização da diretriz brasileira de insuficiência cardíaca crônica - 2012. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, v. 98, n. 1, supl. 1, p. 1-33, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2012000700001&Ing=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2012000700001&Ing=en&nrm=iso)>. Data de acesso: 07/03/2019.

Formatado: Inglês (Estados Unidos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cobertura da atenção básica.** 2017. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/>. Data de acesso: 05 Feb. 2019.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde.** Nescon/UFMG. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. Disponível em: [https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento\\_e\\_avaliacao\\_das\\_acoes\\_de\\_saude\\_2/3](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3)>. Acesso em: 31/10/2018.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L. **Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso.** Belo Horizonte: Nescon /UFMG, 2018. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>. Acesso em: 31/10/18.

HILLAS, G. *et al.* **Managing comorbidities in COPD.** *Int. J. Chron. Obstruct. Pulmon. Dis.* 2015; 10:95-109. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25609943>. Data de acesso: 07/03/2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). IBGE Cidades - **Contagem.** Consultado em 18 de setembro de 2018. Disponível em <https://ww2.ibge.gov.br/home/>. Data de acesso: 20/09/2018.

KLEBA, M. *et al.* Estimativa rápida participativa como ferramenta de diagnóstico na estratégia saúde da família. **Revista Grifos.** Chapecó. n. 38/39. 2015. Disponível em: <https://bell.unochapeco.edu.br/revistas/index.php/grifos/article/view/3279/1888>. Data de acesso: 12 Feb 2019.

LACERDA, J.; BOTELHO, L.; COLLUCI, C. **Planejamento na Atenção Básica: Versão adaptada do curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família.** Florianópolis: Campus, 2013. Disponível em: [https://uniasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/19819/mod\\_resource/content/3/AtencaoBasica\\_4Planejamento.pdf](https://uniasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/19819/mod_resource/content/3/AtencaoBasica_4Planejamento.pdf). Data de acesso: 12 fev.2019.

LOBO MARQUEZ, L. *et al.* Algoritmo de insuficiencia cardíaca aguda Manejo inicial: etapa prehospitalaria, departamento de emergencias, internacion en unidad coronaria. **Insuf. Card.** Ciudad Autónoma de Buenos Aires, v. 13, n. 1, p. 24-39, março 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S185238622018000100005&Ing=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S185238622018000100005&Ing=es&nrm=iso)>. Data de acesso: 05 Feb. 2019.

MENDES, P; CARDOSO, V.P. Inibidores da enzima de conversão da angiotensina ou antagonistas dos receptores da angiotensina: evidências na mortalidade e

eventos cardiovascular major em diabéticos hipertensos. **Rev Port. Med Geral Fam.**, Lisboa, v. 32, n. 5, p. 330-338, out. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2182-51732016000500006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732016000500006&lng=pt&nrm=iso)>. Data de acesso: 07/03/19.

NEPOMUCENO, E. *et al.* Comparação de instrumentos para avaliar fadiga em pacientes com insuficiência cardíaca. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 71, n. 5, p. 2404-2410, Oct. 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672018000502404&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000502404&lng=en&nrm=iso&tlng=pt) > Data de acesso: 02 fev. 2019.

OCHIAI, M. E. *et al.* Adição de Bloqueador do receptor de angiotensina II na insuficiência cardíaca descompensada. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, v. 94, n. 2, p. 235-238, Feb 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2010000200015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010000200015&lng=en&nrm=iso)>. Data de acesso: 07/03/19.

PEREIRA, C. A.; *et al.* Anemia, insuficiência cardíaca e manejo clínico baseado em evidências. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, v. 101, n. 1, p. 87-92, July 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2013002700013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2013002700013&lng=en&nrm=iso)>. Data de acesso: 07/03/2019.

RABELLO-SILVA, E. R.; *et al.* Fatores precipitantes de descompensação da insuficiência cardíaca relacionados a adesão ao tratamento: estudo multicêntrico-EMBRACE. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v.39, e20170292, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472018000100454&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100454&lng=en&nrm=iso). Data de acesso: 01 Feb. 2019.

SACCOMANN, I.C.R.S; CINTRA, F.A.; GALLANI, M.C.B.J. Fatores associados às crenças sobre adesão ao tratamento não medicamentoso de pacientes com insuficiência cardíaca. **Rev. Esc. Enferm USP**, v.48, n.1, p.18-24, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n1/pt\\_0080-6234-reeusp-48-01-18.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n1/pt_0080-6234-reeusp-48-01-18.pdf). Data de acesso: 07/03/19.

SAHADE, V.; MONTERA, V. S. P. Tratamento nutricional em pacientes com insuficiência cardíaca. **Rev. Nutr.** Campinas, v. 22, n. 3, p. 399-408, June 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732009000300010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732009000300010&lng=en&nrm=iso)>. Data de acesso: 14 Feb. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, v. 111, n. 3, p. 436-539, Sept. 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2018001500436&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2018001500436&lng=en&nrm=iso)>. Data de acesso: 01 Feb. 2019.

SOUSA, M. M.; *et al.* Associação das condições sociais e clínicas à qualidade de vida de pacientes com insuficiência cardíaca. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 38, n. 2, e65885, 2017.