



ORÇAMENTO PARTICIPATIVO 2023 SRRAM-OE

1. Título do Projeto

Adesão terapêutica dos doentes com síndrome coronária aguda e com angioplastia coronária, após alta hospitalar

2. Responsáveis pelo Projeto

Nome completo	Nº de cédula	Título Profissional	Local de trabalho
Fátima Dalina Gomes Gouveia Rabim	3-E-65418	Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica	Serviço de Cardiologia / Cirurgia Cardiotorácica

3. Contextualização, Fundamentação e Objetivos do Projeto

As doenças cérebro e cardiovasculares são um importante problema de saúde pública tanto a nível mundial como em Portugal, continuam a ser a principal causa de mortalidade, morbilidade e invalidez.

Estima-se que em 2019 as DCV, tenham sido responsáveis por 32% de todas as mortes em todo o mundo, ou seja, 18,6 milhões de mortes, destas, 85% foram por EAM e AVC. Em Portugal os óbitos registados em 2019 por DCV correspondem a 33.421 (taxa bruta de mortalidade de 324,9 por 100.000 habitantes) e da análise realizada à evolução dos triénios 2009-2011 e 2017-2019, a RAM apresentou valores da taxa de mortalidade padronizada pela idade (361.4 por 100.000 habitantes), para todas as idades e prematura, estatisticamente superiores ao observado para Portugal (Equipa do PNS 21-30/DGS, 2022).

No que diz respeito à mortalidade em Portugal em 2019 por doenças isquémicas do coração representam quase 60% e as mortes por EAM (4 275) retratam 3,8% da mortalidade total (Instituto Nacional de Estatística - INE, 2021). Relativamente às Vias Verdes Coronárias (VVC), o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), encaminhou 1556 casos de EAM em 2022, estes dados representam um acréscimo de 73% (mais 658 doentes) face a 2021, sendo a idade média dos doentes de 63 anos (INEM, 2023).

As DCV estão classificadas no grupo de doenças crónicas não transmissíveis, cuja incidência e prevalência tem vindo a aumentar nas últimas décadas a nível mundial e perspectiva-se que esta tendência se mantenha futuramente, dado que se assiste, a uma transição demográfica resultante do aumento da esperança média de vida e do envelhecimento da população, o que terá um forte impacto nos sistemas de saúde quer ao nível das respostas,



quer da sua própria sustentabilidade (Fernandes, 2020).

Das patologias cardiovasculares, o EAM constitui a manifestação mais grave da doença coronária, também considerada doença crónica atribuível aos fatores de risco, é uma das principais causas de internamento hospitalar progressivamente mais complexa, associado às comorbilidades não cardiovasculares agudas ou crónicas com impacto na abordagem e prognóstico assim como, na qualidade de vida da pessoa a nível familiar, social e laboral.

As DCV têm na sua maioria uma base aterosclerótica, envolvendo as artérias cerebrais, cardíacas e a circulação periférica. O processo de desenvolvimento da aterosclerose é complexo e está associado a múltiplos fatores de risco. Os fatores de risco cardiovasculares (FRCV) podem ser divididos em: modificáveis, entre os quais os biológicos (hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, dislipidemia, pré-obesidade/obesidade), os associados a estilos de vida (consumo de tabaco, dieta inadequada, consumo excessivo de álcool, sedentarismo e/ou nível baixo de atividade física) e outros de carácter mais social (rendimento, educação, profissão, condições de vida) e os não modificáveis (género, idade, património genético), (Sociedade Portuguesa de HTA, 2021).

Em Portugal, foi desenvolvido pelas autoras Bourbon, Alves & Rato (2019), o projeto e_COR que se trata de um estudo epidemiológico observacional transversal, teve como principal objetivo determinar a prevalência dos principais FRCV, realizado numa amostra populacional nacional, constataram que 68% da população portuguesa apresentava dois ou mais fatores de risco para DCV e 22% quatro ou mais destes fatores. Verificaram ainda, que os hábitos alimentares dos portugueses são pouco saudáveis, pautando-se por um elevado grau de incumprimento relativamente às recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da European Society of Cardiology (ESC) para o consumo de bebidas alcoólicas e de produtos hortofrutícolas.

A angioplastia coronária (AC) é o tratamento de eleição para a desobstrução das artérias coronárias, após esse procedimento recomenda-se o uso de antiagregantes para evitar riscos de trombose tardia aumentado após implantação de *stent* farmacológico, logo a interrupção precoce da terapia antiplaquetária e a descontinuação temporária durante o primeiro ano após angioplastia está associado ao maior índice de trombose de *stent*.

Um estudo realizado por Ferreira-Gonzalez et al., (2012), com 1662 doentes demonstrou que 14% destes submetidos à angioplastia com *stent* farmacológico interromperam, pelo menos, um dos fármacos antiplaquetários durante o primeiro ano após procedimento, na maioria das vezes o clopidogrel. Um outro estudo envolvendo 588 doentes para avaliar o uso intra-hospitalar e após seis meses identificaram que no hospital 98.3% e 93.9% dos doentes faziam uso de AAS e clopidogrel, respetivamente esses percentuais reduziram para 95.4% e 67.7% após seis meses, demonstrando descontinuidade do tratamento, principalmente o uso do clopidogrel (Rinaldi et al., 2013).

No estudo desenvolvido por Fell et al., (2021), os autores constataram que houve baixa adesão ao tratamento farmacológico em 35 doentes que realizaram angioplastia com *stent* farmacológico, destes 51.4% não aderiram adequadamente ao tratamento e a maioria 54.3% respondeu não conhecer a importância do uso do clopidogrel.

Segundo Meleis et al., (2000), o modo como cada pessoa vivência o seu processo de transição saúde-doença influencia os resultados dessa transição, nomeadamente a forma como gere o seu regime terapêutico no ambulatório, refletindo-se na AT ou não adesão terapêutica (NAT) após a AH. Diversos fatores influenciam essa gestão enquadram-se no âmbito dos condicionalismos (pessoais, sociedade/comunidade), como é o caso das



características do indivíduo (conhecimentos, crenças, percepções, expectativas), assim como o nível de consciencialização e envolvimento da pessoa no seu processo de transição.

A AT é o grau ou extensão em que o comportamento da pessoa em relação à toma da medicação, ao cumprimento da dieta e à alteração de hábitos ou estilos de vida corresponde às recomendações veiculadas pelos profissionais de saúde. Este conceito engloba os tratamentos prescritos, medicamentosos ou não, e todas as medidas profiláticas e de promoção da saúde propostas (OMS, 2003).

A NAT traduz uma atitude negativa por parte do utente, pressupondo uma componente avaliativa que é da sua responsabilidade, e que pode ocorrer a três níveis: medicação, tratamento e comportamento (Meichenbaum & Turk, 2012). Está associada a um elevado número de mortes e de readmissões (Kini & Ho, 2018) e com complicações para os utentes, com aumento da probabilidade de insucesso do tratamento e grande sobrecarga para aos profissionais de saúde (Horne et al., 2019).

Por todas essas razões, é importante identificar os determinantes da adesão ao tratamento dos doentes com SCA e intervir preparando-os para a AH, adotando estratégias que promovam a mudança de comportamento do utente, corresponsabilizando-o simultaneamente pelas suas ações, e deste modo, prevenir novos eventos cardiovasculares reduzindo os reinternamentos.

No projeto e-Cor desenvolvido em Portugal dos dados que obtiveram apuraram o elevado grau de desconhecimento em relação à sua situação clínica e à medicação prescrita, o que reforça a necessidade de melhorar a literacia em saúde e desta forma promover o controlo dos FRCV biológicos e/ou associados ao estilo de vida assim como, adesão ao regime medicamentoso.

Uma das condições necessárias para o sucesso da AT está associada à capacidade de cumprimento desse tratamento, através de uma atitude ativa por parte do utente em comprometer-se, o que implica a percepção da doença e dos benefícios do tratamento, assim como a mudança positiva do seu comportamento (Horne et al., 2019).

Assim sendo, para o êxito da AT é necessária coordenação exemplar de todos os envolvidos, utentes, profissionais de saúde e instâncias sociais e políticas, antecipando medidas adequadas, mas passa em grande parte, pela corresponsabilização do utente pela sua saúde, tornando-o participante ativo, conjuntamente com os profissionais, nos cuidados promotores, preventivos ou curativos (Martins et al., 2017).

É, portanto, missão dos profissionais de saúde assumindo a enfermagem um papel preponderante no cuidar da pessoa com SCA, o propósito de satisfazer as necessidades da pessoa e melhorar a sua qualidade de vida, assegurar a continuidade do tratamento prevenindo novos eventos, diminuir reinternamentos e simultaneamente os custos hospitalares.

A preparação da AH, é fulcral devendo ser uma ação contínua desde o momento em que o doente é admitido no serviço, visando garantir a continuidade dos cuidados após a hospitalização, proporcionando ao doente e família orientações acerca do que necessitam, através do planeamento de um conjunto de intervenções que combinam as componentes cognitivas, comportamentais e afetivas.

Estas intervenções de enfermagem devem passar por corresponsabilizar o utente pela sua saúde, tornando-o participante ativo, enfatizar os benefícios e a necessidade de cumprimento do tratamento na prevenção de complicações, melhorar os conhecimentos das pessoas relativos à doença e ao tratamento proposto, promover a



modificação do comportamento no que respeita à alteração dos hábitos de vida Carmarneiro (2021).

Perante a evidência científica apresentada, este projeto emerge de um conjunto de aspetos: uma necessidade sentida, pela perceção dos doentes com diagnóstico anterior de SCA com AC, serem readmitidos no serviço por não cumprirem adequadamente com o esquema terapêutico prescrito após AH; por ser uma patologia que faz parte do leque de doenças preocupantes da atualidade; ao percurso profissional desenvolvido no domínio do serviço de Cardiologia / UTIC; por ser uma área de interesse e passível de mudança com ganhos em saúde para o doente e sistema de saúde e ainda, por tratar-se de um indicador de qualidade do serviço e da instituição.

Perante a multiplicidade de fatores implicados na AT, avaliar os níveis de adesão é muitas das vezes subjetiva, pois a dimensão deste problema não é passível de quantificação pela consulta dos registos de admissão de enfermagem, uma vez que não existe a prática no serviço de identificar como um foco de atenção para descrever as necessidades de saúde (informação, compreensão, crenças e preocupações sobre a medicação) e nem há a aplicação de instrumentos de medida que permitam avaliar os comportamentos de adesão, de modo a elaborar como possível diagnóstico de enfermagem por exemplo o regime medicamentoso ineficaz ou risco de gestão ineficaz do regime medicamentoso, que permita uma intervenção centrada na pessoa.

Este problema constitui um indicador de qualidade, fazendo, inclusive, parte do Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados em Saúde (OE, 2007). Como tal, tendo consciência que num contexto de recursos limitados há necessidade da maximização da eficiência na utilização dos meios disponíveis, tendo premente os custos e relação custo-benefício, bem como modelos alternativos de prestação de cuidados de saúde.

Este projeto tem como finalidade elaborar um programa de intervenção que permita melhorar os indicadores de adesão ao regime terapêutico por parte dos doentes com diagnóstico de SCA e com AC após AH através da implementação de medidas eficiente que visem capacitar, melhorar a autogestão da sua condição crónica de forma eficaz, prevenir complicações e obter ganhos em saúde para o cidadão e sistema de saúde e ainda, maior efetividade dos recursos.

No que concerne aos objetivos específicos definidos para o programa a desenvolver serão os seguintes:

- ✓ Sensibilizar a equipa multidisciplinar no programa a implementar no serviço para AT dos doentes com diagnóstico de SCA e com AC após a AH
- ✓ Determinar a taxa de AT dos doentes com diagnóstico de SCA e com AC após a AH que participaram até ao término do programa (12 meses)
- ✓ Identificar os determinantes que contribuem para a AT dos doentes com diagnóstico de SCA e com AC após a AH
- ✓ Implementar estratégias para melhorar AT dos doentes com SCA e com AC durante o internamento e após AH.

Para desenvolver o programa e atingir resultados positivos na mudança de comportamento dos doentes que não aderem à terapêutica, pretende-se implementar estratégias de comunicação pelos enfermeiros aquando da preparação para a alta e após alta para melhorar e manter a adesão ao regime terapêutico. Neste sentido, baseei-me no Modelo de ACE-ME (*Assessment, Collaboration, Education, Monitoring e Evaluation*), que



consiste em estabelecer um plano de intervenção baseado numa avaliação inicial, colaboração e educação e a segunda parte integra a monitorização e a avaliação (Bosworth et al., 2011).

Como tal, será aplicadas técnicas de comunicação tais como entrevistas semi-estruturadas regulares em consultas de enfermagem de *follow up* através de contacto telefónico com os doentes no decurso do tratamento e serão feitas sessões psicoeducativas que reforçam o cumprimento do tratamento no serviço antes da AH sobre o tema AT, adotando a metodologia de grupo terapêutico em que o enfermeiro dinamizador da sessão abordará as vantagens da AT, as consequências / riscos da não adesão e estratégias a considerar para melhorar a adesão do esquema terapêutico proposto. Também serão abordadas outras temáticas que visam aumentar o conhecimento e sensibilizar os doentes para adesão de comportamentos e estilos de vida saudáveis e controlo dos FRCV e após o término das sessões será dada oportunidade aos elementos do grupo de exporem e partilharem as suas dúvidas e experiências pessoais relativas ao tema. No final das sessões será disponibilizada informação em suporte de papel (folhetos a elaborar) e realizada uma súmula dos aspetos mais importantes da sessão.

As consultas de enfermagem de *follow-up* telefónico após a AH, farão parte do programa a elaborar e será construída também uma base de dados informatizada que incluirá as características sociodemográficas dos doentes incluídos no programa, com a devida autorização dos mesmos através do preenchimento do documento relativo ao consentimento informado (na qual a pessoa fornecerá dados pessoais incluindo o seu contacto telefónico) e posteriormente permitirá analisar os dados com uso da estatística inferencial.

Estas consultas serão realizadas na 1ª e 4ª semana e posteriormente de 3 em 3 meses até perfazer os 12 meses, momentos em que serão identificadas dúvidas e as dificuldades das pessoas relativamente ao esquema terapêutico proposto e esclarecidas. Se necessário, conforme a necessidade, será realizada articulação com o médico assistente para alteração/reajuste do esquema terapêutico (por indicação telefónica) e reforçadas as indicações dadas anteriormente nas sessões de educação realizadas.

A escala de Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT) será um dos instrumentos de avaliação aplicado em dois momentos do programa até 48h da admissão do doente na unidade e após o término do programa os respectivos 12 meses, para determinar o indicador de AT dos doentes internados pela primeira vez e os reinternados no serviço de Cardiologia com diagnóstico de SCA e com AC após a AH. Esta escala constitui a versão Portuguesa da Escala de Morisky, um dos questionários mais utilizados com sete itens de perguntas simples que permite medir a adesão aos tratamentos, sendo considerados todos os doentes que apresentem um *score* total igual ou superior a 5, doentes com adesão ao regime terapêutico.

Com a implementação destas estratégias de comunicação pretende-se que ocorra mudança positiva de comportamento, tal como se obteve no estudo de meta-análise realizado por Zolnierek e DiMatteo (2009), onde concluíram que a comunicação centrada no doente estava significativamente correlacionada com a adesão e com um risco superior (19%) de não adesão nos doentes em que a comunicação com o profissional de saúde não foi eficaz.



4. Resultados esperados, com definição de Indicadores de resultado

Após o término do programa e de forma a validar a efetividade do mesmo após 12 meses de implementação, será definido a adesão ao tratamento de longa duração como sendo o comportamento de uma pessoa que toma a medicação, segue uma dieta ou introduz mudanças no seu estilo de vida de acordo com a prescrição ou recomendação do profissional de saúde. Serão definidos alguns dos **indicadores de resultados** com vista à consecução dos objetivos propostos como sejam:

- % de AT dos doentes com diagnóstico de SCA e com AC, após a AH que participaram até ao término do programa (12 meses);
- % dos determinantes contribuem na AT dos doentes com diagnóstico de SCA e com AC, após AH;
- % de doentes que participaram nas sessões de educação;
- % de aceitação dos doentes em participar no programa;
- % de doentes que se mantiveram nas consultas de enfermagem de *follow-up* telefónico após AH;
- % de doentes reinternados com AT após 12 meses de implementação do programa;
- % de participação da equipa de enfermagem na formação sobre o programa e aplicação da escala MAT aos doentes;
- % de satisfação da equipa multidisciplinar em participar no programa;

Relativamente às **metas** definidas para os respetivos indicadores mencionados anteriormente serão as seguintes:

- 50 % AT dos doentes com diagnóstico de SCA e com AC após a AH;
- 50% dos determinantes contribuam para a AT dos doentes com diagnóstico de SCA e com AC após a AH;
- 60% dos doentes com diagnósticos de SCA e com AC participem nas sessões de educação;
- 60% dos doentes com diagnóstico de SCA com AC aceitem participar no programa de AT;
- 50% dos participantes se mantenham nas consultas de enfermagem de *follow-up* telefónico após AH;
- 10% dos doentes reinternados com AT após 12 meses de implementação do programa;
- 70% de participação da equipa de enfermagem na formação
- 70% Satisfação da equipa multidisciplinar em participar no programa

5. População Alvo

Todos os doentes admitidos no serviço de Cardiologia com diagnóstico médico de SCA e com AC, quer seja por reinternamento ou internamento pela primeira vez no serviço, permitindo perceber quais os determinantes precipitantes da NAT nas situações de reinternamento uma vez que esta população não foi alvo antes de um seguimento após a AH como se pretende com o programa a implementar e ainda, identificar eventuais determinantes para a NAT primária e dar seguimento com o respetivo programa.



6. Local de implementação do projeto

Serviço de Cardiologia mais concretamente na Unidade de Tratamento Intensivo Coronário (UTIC)

7. Orçamento estimado (descriminado)

Tabela nº 1 – Estimativa de Custos do Projeto de Intervenção

Descrição dos elementos de despesa	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
Equipamentos ou material permanente: Computador, Telefone, Pen drive com Gravador de voz	1 Computador 1 Telefone 1 Pen drive com Gravador de voz	1100€ 250€ 50€	1100€ 250€ 50€
Material de Consumo: Resma de papel, Cartucho de tinta;	5 Resmas de papel, 4 Cartucho de tinta para impressora;	4€ 25€	20€ 100€
<i>Software de Estatística - IBM SPSS Statistics</i>	1 <i>Software</i> de Estatística	200€	200€
<i>Software de Análise de Conteúdo – MAXQDA Analytics Pro</i>	1 <i>Software</i> de Análise de Conteúdo	250€	250€
Total de despesas			1970€