

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO
PROFISSIONAL**

Deise Cristina Grazioli

**DESENVOLVIMENTO E IMPLANTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE
ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES COM SÍNDROME CORONARIANA
AGUDA SUBMETIDOS À INTERVENÇÃO CORONÁRIA PERCUTÂNEA**

**Porto Alegre
2020**

Deise Cristina Grazioli

**DESENVOLVIMENTO E IMPLANTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE
ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES COM SÍNDROME CORONARIANA
AGUDA SUBMETIDOS À INTERVENÇÃO CORONÁRIA PERCUTÂNEA**

Relatório Técnico Final submetido ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional da Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, como requisito para a obtenção do grau de Mestre.

Orientador: Prof. Dra. Emiliane Nogueira de Souza

Linha de pesquisa: Práticas inovadoras e tecnologias de enfermagem na atenção à saúde.

Porto Alegre

2020

Catálogo na Publicação

Grazioli, Deise Cristina

DESENVOLVIMENTO E IMPLANTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES COM SÍNDROME CORONARIANA AGUDA SUBMETIDOS À INTERVENÇÃO CORONÁRIA PERCUTÂNEA : Desenvolvimento e implantação de um programa de acompanhamento de pacientes com síndrome coronariana aguda / Deise Cristina Grazioli. -- 2020.

116 f. : il., tab. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2020.

Orientador(a): Emiliane Nogueira de Souza.

1. Síndrome coronariana aguda. 2. Angioplastia. 3. Enfermagem. 4. Terapia medicamentosa. 5. Continuidade da assistência ao paciente. I. Título.

Sistema de Geração de Ficha Catalográfica da UFCSPA com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

AGRADECIMENTO

Apenas palavras não são suficientes para descrever os sentimentos que nos invadem nos momentos especiais. Como este é um momento muito especial, fico a mercê justamente das palavras. Há que se buscar o que envolve a palavra, que é a emoção contida no gesto de carinho e afeto demonstrados por todas as pessoas que num momento ou outro estiveram presentes.

Agradeço a Deus por me dar a força e a persistência necessárias para a concretização deste objetivo que tanto almejava, em toda a minha caminhada no mestrado profissional.

Aos meus pais, Nilson e Terezinha, por me ajudarem desde o início e depois, a cada passo me acompanhando, incentivando e acreditando. Dois trabalhadores incansáveis que souberam com amor, fé, coragem e persistência ensinar as lições necessárias para uma vida pautada no caminho do bem. Amo muito vocês!

Ao meu esposo Marcelo pelo amor, carinho e apoio em todos os instantes. Obrigada pela paciência, compreensão e amor.

Ao meu irmão Ricardo que esteve sempre comigo durante minha caminhada, incentivando e apoiando em todos os momentos.

À Profa. Dra. Emiliane Nogueira, pela orientação, competência, profissionalismo e dedicação. Tantas vezes nos reunimos e, embora em algumas, eu chegasse cansada, bastavam alguns minutos de conversa e umas poucas palavras de incentivo e lá estava eu, com a mesma felicidade do primeiro dia de aula. Obrigado por acreditar em mim. Tenho certeza de que não chegaria neste ponto sem o seu apoio. Tenho um imenso orgulho quando falo à outras pessoas que você é minha orientadora e tenho mais orgulho ainda quando falam o quanto tu és referência como enfermeira e professora.

Aos membros da Banca de Defesa, que tão gentilmente aceitaram participar e avaliar esta dissertação.

Aos professores e funcionários do PPG em Enfermagem da UFCSPA – Mestrado profissional, os quais sempre incentivaram o aprender e ensinaram os caminhos para estarmos sempre atualizados.

Um carinho especial à Cinara Maisonette Duarte. Tu és uma pessoa iluminar um grande exemplo de pessoa e profissional. Muito obrigada por incentivar a realização deste grande sonho, tendo o colocado até como meta nos meus objetivos

profissionais, obrigada por existir na minha vida, com você aprendo muito todos os dias.

Agradeço também a enfermeira Rute Merlo Somensi por oportunizar a realização deste grande objetivo no que se refere à liberação dos turnos e o incentivo a constante atualização profissional.

Às enfermeiras Júlia Bitencourt Simão e Viviane Carlos Costa pelo incentivo e por todo apoio no desenvolvimento e na implantação deste programa de acompanhamento de pacientes.

Aos enfermeiros do laboratório de Hemodinâmica, aos técnicos de enfermagem, de radiologia, ao médico responsável técnico da Hemodinâmica, aos médicos intervencionistas, cardiologistas clínicos e residentes, o meu profundo agradecimento, vocês tornam os dias tensos mais leves e com muito profissionalismo.

Aos participantes do estudo, que, desde o início, mostraram-se disponíveis.

Fica aqui, também, minha gratidão a todos aqueles que, de alguma forma, colaboraram com a concretização deste objetivo.

Resumo

Desenvolvimento e implantação de um programa de acompanhamento de pacientes com síndrome coronariana aguda

Introdução: O manejo preconizado para os pacientes com síndrome coronariana aguda que se submetem à intervenção coronária percutânea com implante de stent farmacológico inclui a dupla antiagregação plaquetária (ácido acetilsalicílico mais clopidogrel), cuja recomendação é o uso por até doze meses. A Linha do Cuidado do Infarto do Sistema Único de Saúde fornece gratuitamente estes medicamentos; no entanto, nem todos os pacientes o recebem e utilizam a medicação após a alta conforme a prescrição médica. **Objetivo:** Desenvolver e implantar um programa de acompanhamento de pacientes com síndrome coronariana aguda em um hospital cadastrado na Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio. **Métodos:** Trata-se de um estudo de intervenção baseado no *Design Science Research*, realizado com pacientes com síndrome coronariana aguda submetidos à intervenção coronariana percutânea com implante de stent em uma instituição filantrópica de Porto Alegre, no período de dezembro de 2019 a abril de 2020. O programa foi liderado e operacionalizado por enfermeiros com experiência na área da cardiologia. O acompanhamento dos pacientes ocorreu durante a internação e 30 dias após a alta hospitalar. **Desenvolvimento:** Foi desenvolvido e implementado um programa de acompanhamento de pacientes com Síndrome Coronária Aguda submetidos à intervenção coronária percutânea que incluiu 37 pacientes, com idade média de $65 \pm 11,3$ anos, sendo 54% homens e 62% com escolaridade fundamental. A comorbidade mais prevalente foi a hipertensão arterial (75%). Após a alta hospitalar foi possível contatar por telefone 94% dos pacientes, dos quais 16% visitaram a emergência hospitalar, 5,41% reinternaram e 2,7% foram a óbito. A adesão à terapia medicamentosa ocorreu em 94% dos casos. O encaminhamento dos documentos à farmácia especial foi realizado por 43% dos pacientes, e 73% receberam visita e/ou ligações e/ou consulta na unidade básica de saúde. **Implicações Práticas:** O acompanhamento dos pacientes após intervenção coronária percutânea com implante de stent realizado por enfermeiros especialistas em cardiologia contribuiu para a adesão à terapia medicamentosa, além da aproximação do nível terciário com a

atenção primária em saúde. **Produto:** Processo não patenteável - produção com médio teor inovativo: Combinação de conhecimentos pré-estabelecidos.

Descritores: Síndrome coronariana aguda; Angioplastia; Enfermagem; Terapia medicamentosa; Continuidade da assistência ao paciente; Alta do paciente.

Abstract

Development and implementation of a follow-up program for patients with acute coronary syndrome

Introduction: The management recommended for patients with acute coronary syndrome who undergo percutaneous coronary intervention with drug-eluting stent implantation includes a double antiplatelet therapy (acetylsalicylic acid plus clopidogrel), the recommendation of which is to be used for up to months. The Infarction Care Line of the Unified Health System offers these drugs free of charge; however, not all patients receive it and use the medication after discharge according to medical prescription. **Objective:** To develop and implement a follow-up program for patients with acute coronary syndrome in a hospital registered in the Acute Myocardial Infarction Care Line. **Methods:** This is an intervention study based on Design Science Research, conducted with patients with acute coronary syndrome that occurred during percutaneous coronary intervention with stent implantation in a philanthropic institution in Porto Alegre, from December 2019 to April 2020. The program was led and operated by nurses with experience in the field of cardiology. The monitoring of patients occurs during hospitalization and 30 days after hospital discharge. **Development:** A follow-up program for patients with Acute Coronary Syndrome was developed and implemented with percutaneous coronary intervention, which included 37 patients, with an average age of 65 ± 11.3 years, 54% men, 62% with basic education. The most prevalent comorbidity for arterial hypertension (75%). After hospital discharge, 94% of the patients were able to contact by telephone, of which 16% were hospitalized, 5.41% were readmitted and 2.7% died. Adherence to drug therapy occurs in 94% of cases. The referral of documents to the special pharmacy was 43%, and 73% of the patients received calls or consultations at the primary health service. **Practical Implications:** The follow-up of patients after percutaneous coronary intervention with stenting performed by cardiology nurses contributed to adherence to drug therapy, in addition to the change in the tertiary level with primary health care. **Product:** Non-patentable process - production with medium innovative content: Combination of pre-established knowledge.

Descriptors: Acute coronary syndrome; Angioplasty; Nursing; Drug therapy; Continuity of patient care; Patient discharge.

APRESENTAÇÃO DO PRODUTO PARA A COMUNIDADE

Todo o indivíduo que sofre um infarto cardíaco e é atendido em um hospital público que faça parte da Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), definida pelo Ministério da Saúde, tem como parte do tratamento preconizado a intervenção coronária percutânea. Este é um procedimento efetivo no tratamento do infarto, principalmente quando há utilização de stent (conhecido como molinhas) na artéria obstruída. Para todos esses indivíduos, está assegurada a distribuição gratuita pelo Sistema Único de Saúde, por 12 meses, do medicamento denominado clopidogrel, o qual favorece a sobrevivência após o infarto. No entanto, esse direito é desconhecido pela maioria das pessoas.

O Hospital São Francisco (HSF), do complexo hospitalar da Santa Casa de Porto Alegre, faz parte dos serviços credenciados na Linha de Cuidado do IAM e, portanto, recebe muitos pacientes com infarto, os quais recebem stent e, com isso, clopidogrel durante a internação e após a alta, em quantidade suficiente para 30 dias. Mas é durante o período de internação hospitalar que todos os documentos devem ser providenciados para que o paciente consiga o medicamento para o período restante que, conforme protocolo clínico recomenda a prescrição de clopidogrel por 06 a 12 meses pós-implante de stents farmacológicos. E o seu uso deve estar rigorosamente de acordo com a prescrição médica, após a alta hospitalar.

Assim, foi desenvolvido e implementado no HSF, um programa de acompanhamento de pacientes acometidos por IAM que realizaram intervenção coronária percutânea, com implante de stent. Um enfermeiro acompanha o paciente durante a internação, orienta e providencia os documentos necessários para realizar o encaminhamento da solicitação do medicamento clopidogrel na farmácia especial do estado do Rio Grande do Sul. Além disso, orienta o paciente quanto ao uso dos medicamentos prescritos pelo médico e aos cuidados após a alta. O programa também incluiu um contato telefônico da enfermeira com a unidade básica de saúde da área de referência do paciente, informando da sua alta, e também um contato telefônico com o paciente. Este programa visa à adesão à terapia medicamentosa dos pacientes, após alta hospitalar, fundamental para o sucesso a longo prazo do tratamento instituído no hospital, reduzindo lacunas entre a atenção primária e terciária em saúde.

LISTA DE QUADROS

Quadro 01. Perfil dos pacientes com SCA atendidos em um serviço de referência de cardiologia no período de março 2018 a março 2019	24
Quadro 02. Escore Thrombolysis in Myocardial Infarction (TIMI)	29
Quadro 03. Parâmetros valorizados para a escolha da melhor estratégia em pacientes com SCASSST	30
Quadro 04. Classificação Killip utilizada para identificar pacientes com maior risco de mortalidade	31
Quadro 05. Localização da artéria culpada através das derivações	32

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01. Fluxograma de acompanhamento do paciente com SCA	42
Figura 02. Checklist dos documentos necessários para retirada do medicamento especial na CEAF.....	44
Figura 03. Distribuição dos pacientes oriundos da região metropolitana de Porto Alegre incluídos no Programa	52

LISTA DE TABELAS

Tabela 01. Características sociodemográficas dos pacientes internados com SCA pós-implante de SF (n=37). Porto Alegre - RS, 2020	53
Tabela 02. Características clínicas dos pacientes internados com SCA pós-implante de SF (n=37). Porto Alegre - RS, 2020	54
Tabela 03. Medicamentos prescritos na alta hospitalar, conforme o receituário dos pacientes incluídos no programa (n=37). Porto Alegre - RS, 2020	55
Tabela 04. Acompanhamento dos pacientes com SCA, submetidos à ICP, com SF pós-alta hospitalar (n=37). Porto Alegre - RS, 2020	58
Tabela 05. Avaliação conforme relato da adesão à terapia medicamentosa dos pacientes com SCA, submetidos à ICP com SF pós-alta hospitalar (n=35). Porto Alegre - RS, 2020	59

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAS: Ácido Acetilsalicílico

ACC/ AHA: American College of Cardiology/American Heart Association

ACx: Artéria Circunflexa

ACd: Artéria Coronária Direita

ACFA: Arritmia Cardíaca por Fibrilação Auricular

ADa: Artéria Descendente Anterior

ADp: Artéria Descendente Posterior

AI: Angina Instável

ALLEPRE: ALLiança para PREvenção sEcundária após um episódio de síndrome coronariana aguda (ALLiance for sEcondary PREvention after an episode of acute coronary syndrome)

AVC: Acidente Vascular Cerebral

BPM: Batimentos Por Minuto

BRAs: Bloqueadores dos Receptores da Angiotensina

BRE: Bloqueio de Ramo Esquerdo

CEAF: Componente Especial da Assistência Farmacêutica

CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças

CI: Cardiopatia Isquêmica

CK-MB: Creatinofosfo-quinase Isoenzima MB

CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CRM: Cirurgia de Revascularização do Miocárdio

DAC: Doença Artéria Coronária

DCV: Doenças Cardiovasculares

DM: Diabetes Mellitus

ECG: Eletrocardiograma

FC: Frequência Cardíaca

GRACE: *Global Registry of Acute Coronary Events*

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

HSF: Hospital São Francisco

IAM: Infarto Agudo do Miocárdio

IECA: Enzima Conversora de Angiotensina

IAMCSST: Infarto do Miocárdio com Supradesnivelamento do Segmento ST

IAMSSST: Infarto do Miocárdio sem Supradesnivelamento do Segmento ST
ICP: Intervenção Coronária Percutânea
ICPp: Intervenção Coronariana Percutânea Primária
KG: Quilograma
LDL-C: Colesterol da Lipoproteína de Baixa Densidade
LH: Laboratório de Hemodinâmica
LME: Laudo para Solicitação de Medicamento
Min: Minuto
Mg: miligramas
mL: Mililitro
mm: Milímetro
mmHg: milímetro de mercúrio
MS: Ministério da Saúde
OMS: Organização Mundial da Saúde
OPAS: Organização Pan-Americana da Saúde
PAS: Pressão Arterial Sistólica
PCDT: Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
RENAME: Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RD: Ramo Diagonal
RM: Ramo Marginal
RPLE: Ramo Pósterio Lateral Esquerdo
RVP: Ramo Ventricular Posterior
SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SCA: Síndrome Coronariana Aguda
SCACSST: Síndrome Coronariana Aguda com supradesnivelamento de ST
SCASSST: Síndrome Coronariana Aguda sem supradesnivelamento de ST
SF: Stent Farmacológico
SIGTAP: Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS
SNF: Stent não Farmacológico
SpO2: Saturação Periférica de Oxigênio
SMS: Secretaria Municipal de Saúde
SUS: Sistema Único de Saúde
TAD: Terapia Antiplaquetária Dupla

TCE: Tronco Coronário Esquerdo

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TIMI: *Thrombolysis in Myocardial Infarction*

UBS: Unidade Básica de Saúde

UCC: Unidade de Cuidados Coronários

UI: Unidade de Internação

UFCSPA: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

UTI: Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA	19
2 ANÁLISE E DIAGNÓSTICO	23
3. OBJETIVOS.....	26
3.1 GERAL.....	26
3.2 ESPECÍFICOS.....	26
4 REVISÃO DA LITERATURA	27
4.1 SÍNDROME CORONARIANA AGUDA	27
4.2 PREVENÇÃO SECUNDÁRIA NA SCA.....	34
4.3 FORMATOS DE ATENÇÃO À SAÚDE E À ENFERMAGEM	36
5 MÉTODOS	40
5.1 LOCAL.....	40
5.2 PARTICIPANTES	40
5.3 PLANEJAMENTO E DESENVOLVIMENTO DE UM PROGRAMA DE ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES COM SCA.....	41
5.3.1 Apresentação e capacitação da equipe envolvida no Programa	41
5.3.2 Busca ativa e inclusão no Programa	43
5.3.3 Acompanhamento intra-hospitalar do paciente	45
5.3.4 Acompanhamento após a alta hospitalar:	46
5.4 ARMAZENAMENTO DE DADOS	46
5.5 INDICADORES DE EFICÁCIA DO PROGRAMA	47
5.6 ANÁLISE DOS DADOS	47
5.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	47
6. IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES COM SCA, SUBMETIDOS À ICP COM IMPLANTE DE STENT.....	49
6.1 INCLUSÃO NO PROGRAMA	49
6.2 PERFIL DOS PACIENTES INCLUÍDOS.....	50
6.3 ACOMPANHAMENTO APÓS A ALTA HOSPITALAR.....	55
6.4. LIMITAÇÕES	59
7 APLICABILIDADE	61
REFERÊNCIAS.....	63
APÊNDICES	73
APÊNDICE A	74
APÊNDICE B	76
APÊNDICE C	77
APÊNDICE D TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	79
ANEXOS	80

ANEXO 01	81
ANEXO 02	88
ANEXO 03	90
ANEXO 04	91
ARTIGO CIENTÍFICO	95

1 APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA

As doenças cardiovasculares, em especial a Síndrome Coronariana Aguda (SCA), também conhecida como Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), representam uma das principais causas de internações e reinternações hospitalares no mundo e no Brasil, apresentando elevadas taxas de mortalidade.⁽¹⁻⁴⁾

Há uma tendência mundial de redução na incidência de mortalidade cardiovascular, mais significativa nos países desenvolvidos, onde é possível ter acesso, em tempo hábil, ao tratamento adequado através da utilização de agentes fibrinolíticos ou por meio da Intervenção Coronária Percutânea (ICP), que tem por objetivo obter a cobertura completa da lesão alvo, seja por meio do cateter balão coronariano ou através da expansão do stent coronariano implantado, podendo ser stent não farmacológico (SNF), stent farmacológico (SF) ou stent bioabsorvível.^(3,5,6)

Estudos recentes, com foco na redução de readmissões hospitalares pós-SCA, com implante de stent, recomendam o uso da terapia antiplaquetária dupla (TAD), consistindo em ácido acetilsalicílico (AAS) e agente tienopiridínico (clopidogrel, ticagrelor e prasugrel). Esta combinação reduz o risco relativo de trombose de stent, de novos eventos isquêmicos, de readmissão hospitalar e de mortalidade em até 80%, ao comparar com placebo.^(1,6-8) As diretrizes para o manejo da SCA enfatizam que o paciente deve receber uma dose diária de 75 mg de clopidogrel, com uso combinado de AAS 100 mg, por 06 a 12 meses.^(2,6,9) Esta abordagem terapêutica medicamentosa após o infarto tem, dentre seus objetivos, o alívio dos sintomas, a redução das ocorrências de eventos isquêmicos, a viabilização de uma melhor qualidade de vida e o prolongamento da sobrevivência do paciente.^(6,12,13)

Um estudo realizado na França avaliou 624 pacientes com idade ≥ 65 anos com SCA e mostrou que 22% dos pacientes foram readmitidos em trinta dias após a alta, sendo que 43,8% foram rehospitalizados em menos de sete dias. Dentre as causas de rehospitalização, as doenças cardiovasculares representaram 56,2%, com maior prevalência da doença cardíaca isquêmica crônica (19,7%), seguida de insuficiência cardíaca (16,1%). Os autores reforçam a importância do acompanhamento ambulatorial pós-alta hospitalar por equipes multiprofissionais para continuidade do cuidado, promoção de redução de novos eventos isquêmicos e reinternações hospitalares.⁽¹⁰⁾ A baixa adesão ao tratamento farmacológico, influenciada por fatores como dificuldades no uso regular dos medicamentos em razão

da ausência de sintomas cardiológicos, indisponibilidade ou dificuldade de acesso aos medicamentos na rede pública e falta de entendimento sobre a evolução da doença podem contribuir para novas readmissões hospitalares.

Dentre as doenças cardiovasculares, a SCA possui elevados percentuais de hospitalização e mortalidade durante a fase aguda e nos meses e anos subsequentes. Devido a esta problemática, em 2011, foi instituída, no Brasil, a Linha de Cuidado do IAM, integrante da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, com o objetivo de facilitar o acesso do paciente acometido por SCA sem supradesnivelamento de ST (SCASSST) ou SCA com supradesnivelamento de ST (SCACSST) ao atendimento e tratamento rápido e eficaz, através da terapia de reperfusão por agentes fibrinolíticos ou reperfusão mecânica, também denominada de Intervenção Coronariana Percutânea Primária (ICPp), com ou sem implante de stent.^(3,11,12)

Após a ICPp, o paciente é encaminhado à Unidade de Cuidados Coronarianos (UCC) para continuidade do cuidado, onde é realizada a estratificação de risco por meio de exames complementares e a continuidade do tratamento terapêutico medicamentoso. Após a alta da UCC, é iniciado o planejamento da alta hospitalar, quando são prescritos, pelo médico, os 30 comprimidos de clopidogrel para a continuidade do tratamento pós-alta. Antes do término dos 30 comprimidos (01/dia), o paciente ou responsável deverá retirar o clopidogrel na assistência farmacêutica especializada. No entanto, nem todos os profissionais que atuam em serviços de cardiologia conhecem a Portaria nº 2.994, na íntegra (Anexo 01).⁽¹¹⁾ Assim, no momento da alta, não realizam a prescrição dos trinta comprimidos de clopidogrel conforme preconizado no artigo 4º. A referida medicação deve ser fornecida pelo hospital durante a internação e, no dia da alta, deverão ser fornecidos trinta comprimidos para continuidade do tratamento medicamentoso, até que seja adquirido pelo paciente e/ou por meio do Componente Especial à Assistência Farmacêutica (CEAF).⁽¹¹⁾

Dentre os fatores que contribuem para a não entrega deste medicamento no hospital, estão: falta de padronização das condutas com relação à dispensação da medicação, falta de comunicação entre o médico e o enfermeiro, e desconhecimento da equipe multiprofissional quanto aos documentos necessários para solicitação do clopidogrel pós-alta hospitalar, já que a Portaria nº 2.994 não esclarece quais são documentos necessários para continuidade do tratamento medicamentoso.⁽¹¹⁾ No Sistema Único de Saúde (SUS), os pacientes têm acesso gratuito aos medicamentos;

entretanto, não são todos os medicamentos que estão disponíveis na rede de atenção básica como, por exemplo, o medicamento clopidogrel, componente do grupo de medicamentos direcionados ao tratamento de uso crônico prolongado com alto custo unitário, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), publicados pelo Ministério da Saúde (MS).⁽¹¹⁾

Uma alternativa para tentar esclarecer quais são os documentos necessários para a retirada do medicamento especial, é a consulta ao site da Prefeitura Municipal de Porto Alegre; porém, o site também fornece informações incompletas como, por exemplo, a falta do endereço do CEAF, além de arquivos desatualizados. Neste site, é possível consultar a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) 2020, a qual define o clopidogrel como medicamento especializado e hospitalar.⁽¹⁴⁾

Outro fator dificultador é a não existência de um protocolo estabelecido de planejamento da alta pós-SCA nas instituições cadastradas na Linha de Cuidado do IAM. Entende-se que, ao planejar a alta hospitalar, o enfermeiro deve realizar a orientação ao paciente e ao familiar sobre as possíveis complicações pós-infarto, tais como a identificação precoce dos sinais e sintomas de novos eventos cardiológicos e o controle das comorbidades ou fatores de risco cardiovascular, deve orientar também sobre as ações de autocuidado, a importância da adesão à terapia medicamentosa, em especial à TAD, e à continuidade do acompanhamento com os profissionais da atenção primária à saúde.

Ao planejar o cuidado sistematizado, focado na assistência especializada e individualizada, o enfermeiro, na área de atenção cardiovascular, deve estar em constante atualização quanto às diretrizes nacionais e internacionais em cardiologia, aos protocolos assistenciais, às linhas de cuidado do MS, entre outras formas de educação. Assim, ao planejar a assistência de enfermagem, é preciso atender não somente aos requisitos de conhecimento técnico e científico sobre doenças cardiovasculares, mas também planejar, implementar e direcionar as intervenções de enfermagem, a fim de garantir um aperfeiçoamento dos processos assistenciais da enfermagem na área de cardiologia, que é responsável pelas altas taxas de morbidade e mortalidade na população mundial.^(15,16)

A instituição para a qual foi desenvolvido e implantado este programa de acompanhamento é referência em cardiologia intervencionista e faz parte da Linha de Cuidado do IAM em Porto Alegre. Uma vez admitidos na instituição, durante a internação hospitalar, estes pacientes serão acompanhados pelos médicos residentes

em cardiologia, que estarão sob a preceptoria de médicos contratados, pelos próprios médicos contratados e por uma equipe multiprofissional (enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos, fisioterapeutas e assistente social). A trajetória do paciente na referida instituição foi de acordo com porta de entrada; em sua grande maioria, via emergência e diagnóstico médico de SCA. Em todos os setores de atendimento pelos quais o paciente percorreu, a equipe de enfermagem estava sempre presente, para realizar a assistência de alta e baixa complexidade.

2 ANÁLISE E DIAGNÓSTICO

O diagnóstico situacional se deu através de análises de prontuários, entrevistas com os médicos e enfermeiros e pela experiência como enfermeira assistencial e de gestão, no cuidado direto e indireto aos pacientes com SCA no Hospital São Francisco do complexo da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. A instituição é credenciada na Linha de Cuidado do IAM por ter todos os serviços hospitalares na área da cardiologia (média e alta complexidade).

Dentre as oportunidades de melhoria que foram identificadas para serem alvo deste trabalho, destacam-se: a comunicação entre as equipes, padronização das condutas em relação à dispensação da medicação clopidogrel, e necessidade de elaboração de um checklist de planejamento de alta pós-SCA.

Para dimensionar a problemática apresentada, realizou-se uma pesquisa documental, retrospectiva (março de 2018 a março de 2019), a fim de se obter subsídios para justificar, junto aos gestores do hospital, a necessidade de melhorias relacionadas ao processo de dispensação do referido medicamento. A coleta de dados se deu através da análise dos prontuários eletrônicos do Sistema de Gestão Hospitalar Tasy® Philips Healthcare. Como critério de inclusão, definiu-se: pacientes de ambos os sexos, com idade igual ou maior a 18 anos, do convênio SUS, e a seleção dos procedimentos, conforme o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP): 04.06.03.001-4 - Angioplastia coronariana; 04.06.03.002-2 - Angioplastia coronariana com implante de dois stents; 04.06.03.003-0 - Angioplastia coronariana com implante de stent; 04.06.03.004-9 - Angioplastia coronariana primária. Foram encontrados 484 prontuários no período selecionado. Excluíram-se os prontuários dos pacientes que realizaram ICP eletiva e aqueles que foram classificados como angina estável. A amostra final foi de 298 prontuários.

A primeira etapa de análise se deu através da leitura dos registros de admissão médica e de enfermagem registrados nos prontuários. A etapa seguinte se deu através da análise da prescrição médica da alta hospitalar. As variáveis analisadas foram: internação, atendimento na emergência, diagnóstico médico, sexo, data da admissão e óbito hospitalar. A coleta de dados ocorreu em março de 2019. As informações foram incluídas em planilha do Excel Microsoft® para organização dos

dados e posterior análise estatística (frequência absoluta e relativa). Esta pesquisa teve a garantia do sigilo quanto à privacidade e ao anonimato dos sujeitos.

A amostra intencional foi composta de 298 prontuários. Na quadro 01, apresenta-se o perfil dos pacientes atendidos no período analisado.

Variáveis	n(%)=298
Sexo Masculino	199(67)
Pacientes SCASSST (IAMSSST e AI)	117(39)
Clopidogrel na alta	67(57)
Óbito intra-hospitalar	08(7)
SCACSST (IAMCSST)	181(61)
Clopidogrel na alta	123(68)
Óbito intra-hospitalar SCACSST (IAMCSST)	19(10)
Número total de óbitos hospitalares (SCA)	27(09)

Quadro 01. Perfil dos pacientes com SCA atendidos em um serviço de referência de cardiologia no período de março 2018 a março 2019.

AI: angina instável; IAMCSST: infarto do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST; IAMSSST: infarto do miocárdio sem supradesnivelamento do Segmento ST; SCA: síndrome coronariana aguda; SCACSST: síndrome coronariana aguda, com supradesnivelamento de ST; SCASSST: síndrome coronariana aguda, sem supradesnivelamento de ST

Fonte: Sistema Informatizado Tasy® (2019)

Na análise dos prontuários, foi possível identificar que alguns pacientes retornam ao serviço em um período menor que um ano, alguns dos quais não receberam o clopidogrel na alta hospitalar. Estes dados evidenciam o contingente de pacientes que devem se beneficiar da dispensação adequada do clopidogrel, bem como de orientações sistematizadas de autocuidado e adesão à terapia medicamentosa após a alta.

A partir desta contextualização do manejo da SCA, inserida na Linha de Cuidado do IAM, infere-se:

- é preciso ampliar as informações relacionadas à dispensação intra-hospitalar do clopidogrel para médicos e enfermeiros de setores como Laboratório de

Hemodinâmica (LH), Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Unidades de Internação (UI);

- há a necessidade de melhorar a dispensação do clopidogrel, bem como reforçar as orientações relacionadas ao uso e recebimento desta medicação, após a alta hospitalar;
- o envolvimento da enfermeira na correta dispensação do clopidogrel no momento da alta, bem como no provisionamento de documentos para que o paciente consiga o fornecimento desse medicamento na farmácia especial, será um diferencial para favorecer a utilização desse medicamento, conforme recomendado nas diretrizes;
- o acompanhamento de enfermagem após a alta hospitalar pode contribuir para uma melhor adesão à terapêutica medicamentosa, em especial, ao uso continuado do clopidogrel e, com isto, evitar readmissões hospitalares.

Esta análise e diagnóstico levam à proposição deste trabalho, com o objetivo de beneficiar o paciente, por meio do adequado provisionamento de medicamento e orientações de como obtê-lo, e também a própria instituição por meio da aplicação das melhores práticas voltadas à prevenção de readmissões precoces.

3. OBJETIVOS

3.1 GERAL

Desenvolver e implantar um programa de acompanhamento de pacientes com Síndrome Coronariana Aguda, submetidos à intervenção coronária em um hospital cadastrado na Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio.

Desenvolver e implantar um programa de acompanhamento após alta hospitalar, em pacientes com de pacientes com Síndrome Coronariana Aguda.

3.2 ESPECÍFICOS

- I. Qualificar o processo que envolve a prescrição e entrega dos comprimidos de clopidogrel na alta hospitalar;
- II. Contribuir para a adesão ao clopidogrel em pacientes submetidos a intervenção coronária percutânea;
- III. Realizar o acompanhamento dos pacientes após a alta hospitalar.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 SÍNDROME CORONARIANA AGUDA

Estima-se que 17,9 milhões de pessoas morreram de Doenças cardiovasculares (DCV) no ano de 2016. Destas mortes, a SCA e o acidente vascular cerebral (AVC) são responsáveis por 85% e ocorrem com maior prevalência em países subdesenvolvidos.⁽¹⁷⁾ As doenças do aparelho circulatório estão entre as doenças mais recorrentes nas admissões hospitalares e são a principal causa de morte no Brasil, seguido das neoplasias (tumores).⁽¹⁸⁾

A SCA é caracterizada pelos sintomas de isquemia miocárdica, podendo ser representada por alterações isquêmicas no eletrocardiograma (ECG) como, por exemplo, ondas Q patológicas, onda T invertida e, principalmente, elevação do segmento ST. Também podem ocorrer sinais e sintomas causados pela isquemia, como precordialgia, dor em aperto na região da mandíbula, que pode irradiar-se para região epigástrica, membros superiores e para a região retroesternal. O paciente pode apresentar outros sintomas, tais como dispneia, náusea, vômitos, sudorese, ansiedade, inquietação, vertigem, fraqueza inexplicável e/ou sensação iminente de morte.^(6,19)

Os pacientes diabéticos e idosos podem ser assintomáticos. Nestes casos, o infarto pode se apresentar por sinais atípicos, como descompensação de insuficiência cardíaca ou síncope. Estes sintomas estão relacionados à ruptura da placa vulnerável, à erosão superficial do endotélio, ao espasmo coronário, e à embolia coronária ou dissecação coronariana.^(20,21)

A SCA se divide em SCASSST e SCACSST. Na SCASSST, estão incluídas a Angina Instável (AI) e o Infarto Agudo do Miocárdio sem supra do segmento ST (IAMSSST), no qual ocorre a oclusão parcial da placa aterosclerótica devido ao acúmulo de lipídios no espaço subendotelial, à disfunção endotelial, ao espasmo coronário ou à oclusão na presença de circulação colateral. Além da fisiopatologia da aterosclerose, o uso de drogas (cocaína), a anemia e a hipoxemia podem resultar no desequilíbrio entre a oferta e o consumo de oxigênio pelo miocárdio, causando isquemia miocárdica.^(6,19,22) Na AI, os pacientes possuem prognóstico variável, ocorre a presença dos sintomas anginosos em repouso, diferente do IAMSSST, e não há elevação dos biomarcadores.⁽²³⁾

A abordagem inicial de pacientes com SCASSST deve basear-se em três pilares: administração de medicamentos para tratamento da cardiopatia isquêmica (CI), prevenção secundária e avaliação da necessidade de revascularização miocárdica adicional com maior recomendação à estratificação invasiva com cinecoronariografia quando os sintomas são decorrentes de isquemia miocárdica, o que permite tratamento terapêutico simultâneo se houver oclusão do vaso.^(6,12,23)

Outro exame diagnóstico para auxiliar na tomada de decisão é a realização da dosagem sérica de troponina cardíaca de alta sensibilidade. Este teste de troponina tem desempenho como biomarcador sensível e específico da necrose miocárdica, com valor acima do percentil 99 de uma população de referência saudável.^(20,24,25) Os marcadores bioquímicos de necrose miocárdica a creatinofosfo-quinase isoenzima MB (CK-MB) massa e troponina são considerados pela Sociedade Brasileira de Cardiologia recomendação classe I, nível de evidência A.^(21,23)

Para realizar a estratificação precoce de eventos isquêmicos, podem ser utilizados escores de predição de infarto, de isquemia recorrente ou de mortalidade. Dentre os escores, destaca-se o *Global Registry of Acute Coronary Events* (GRACE) pela recomendação classe I, nível de evidência A. Para utilizá-lo, é necessário um *software* para realizar os cálculos, o escore GRACE, que possui maior precisão diagnóstica quando comparado com o escore *Thrombolysis in Myocardial Infarction* (TIMI), categoriza o risco de mortalidade e os eventos isquêmicos, auxilia como instrumento para a tomada de decisão terapêutica, e será apresentado no quadro 02.^(6,25-27)

Histórico	Pontos	Escore de risco	Mortalidade (%)
Idade ≥75 anos	3	0	0,7
65-74 anos	2	1	0,3
DM ou HAS ou Angina	1	2	1,9
Exame clínico		3	3,9
PAS <100mmHg	3	4	6,5
FC > 100bpm	2	5	11,6
KILLIP II-IV	2	6	14,7
Peso < 67 Kg	1	7	21,5
Apresentação clínica		8	24,4
Elevação de ST na parede anterior ou bloqueio de ramo esquerdo	1	>8	31,7
Tempo de apresentação >4h	1		

Quadro 02. Escore *Thrombolysis in Myocardial Infarction* (TIMI).⁽²³⁾

BPM: batimentos por minuto; DM: diabetes mellitus; FC: frequência cardíaca; HAS: hipertensão arterial sistêmica; KG: quilograma; mmHg: milímetro de mercúrio; PAS: pressão arterial sistólica

Segundo a Diretriz Brasileira do ano de 2017, a definição do tipo de estratificação da SCASSST em pacientes hemodinamicamente estáveis deve ser individualizada, podendo ser invasiva ou conservadora, as quais serão apresentadas no quadro 03.⁽⁶⁾

Estratégia invasiva imediata (< 2 horas)	Instabilidade hemodinâmica e choque cardiogênico Instabilidade elétrica com taquiarritmia ventricular sustentada ou fibrilação ventricular Angina refratária a despeito de tratamento clínico Insuficiência mitral aguda
Estratégia invasiva precoce (< 24 horas)	Escore de risco alto (GRACE > 140) Elevação de marcadores de necrose miocárdica Alterações dinâmicas de ST
Estratégia invasiva (nas primeiras 72 horas)	Escore TIMI ≥ 2 , GRACE 109-140 Presença de diabetes ou insuficiência renal (clearance de creatina < 60 mL/min) Disfunção ventricular esquerda (Fração de Ejeção < 40%)
Estratégia “conservadora” (invasiva seletiva)	Escores de risco baixos (TIMI 0-1, GRACE < 109) Escolha do paciente Dúvidas quanto à natureza dos sintomas

GRACE: *Global Registry of Acute Coronary Events*; Min: minuto; mL: mililitro; TIMI: *Thrombolysis in Myocardial Infarction*

Quadro 03. Parâmetros valorizados para a escolha da melhor estratégia em pacientes com SCASSST.⁽⁶⁾

O tratamento da SCASSST deve basear-se na diminuição da dor precordial típica, na redução da lesão miocárdica, na realização da estratificação precoce de risco, na avaliação hemodinâmica, na escolha do método invasivo ou conservador, além da prevenção de novos eventos isquêmicos.⁽²⁸⁾

A SCACSST é a causa mais comum de morte em nível mundial, sendo que a mortalidade sofre influência de fatores modificáveis e não modificáveis. São caracterizadas no eletrocardiograma (ECG) pelo menos duas derivações contíguas com supradesnivelamento do segmento ST maior de 1 milímetro (mm), e os casos de

isquemia miocárdica em curso e Bloqueio de Ramo Esquerdo (BRE) devem ser tratados de maneira semelhante aos pacientes com Infarto do Miocárdio com Supradesnivelamento do Segmento ST (IAMCSST), independentemente de ser conhecido anteriormente.^(21,23,28-30)

Para obter o diagnóstico rápido e preciso na SCACSST, o enfermeiro deve realizar entrevista e exame físico direcionado à história cardiológica do paciente, realizar estratificação de risco Killip-Kimball ou Killip (quadro 04), através da ausculta cardíaca e pulmonar, e identificar outros sinais e sintomas de dor anginosa.

SUBGRUPO	Características clínicas	Mortalidade hospitalar
Killip I	Sem sinais de descompensação cardíaca	<6%
Killip II	Presença de B3, estertores basais	<17%
Killip III	Presença de edema agudo de pulmão	38%
Killip IV	Choque cardiogênico	81%

Quadro 04. Classificação Killip utilizada para identificar pacientes com maior risco de mortalidade.⁽²³⁾

É imprescindível a realização do ECG de doze derivações em até dez minutos do início da dor, sendo interpretado o mais rápido possível, para facilitar o diagnóstico da coronária acometida pelo infarto e a triagem precoce. Para realizar este diagnóstico, o enfermeiro deverá analisar as alterações nas derivações precordiais e periféricas, que estão apresentadas no quadro 05. Alterações nos biomarcadores cardíacos altamente sensíveis e no panorama clínico adequado identificam pacientes que se beneficiariam da terapia de reperfusão.^(20,21,28)

Localização do IAM	Supra de ST	Coronária
Anterior	V1-V4	ADa
Anterior extenso	V1-V6	ADa
Inferior	D2,D3 e AVF	ACd ou ACX
Posterior	V7-V8 e infra de ST na parede anterior	ACx ou ACd
Lateral alto	D1 e AVL	ACx
Ventrículo Direito	DV3-5, V1	ACd

ACd: artéria coronária direita; ACx: artéria circunflexa; ADa: artéria descendente anterior

Quadro 05. Localização da artéria culpada através das derivações.⁽²⁰⁾

Depois de realizado o diagnóstico da SCA, dá-se início ao manejo inicial, o qual inclui o repouso absoluto no leito, o monitoramento cardiológico completo, a fim de detectar arritmias potencialmente fatais e permitir a desfibrilação imediata, a rede venosa calibrosa, o início das medicações para alívio da dor, através do uso de nitratos, para reduzir o espasmo coronariano. Deve-se iniciar a terapia antitrombótica através do uso combinado de AAS mastigado com dose de ataque recomendada de 162 a 300 miligramas (mg), mais o clopidogrel 600mg; este procedimento possui recomendação classe I, nível de evidência B.^(6,12) Se houver saturação periférica de oxigênio (SpO₂) inferior a 90%, deve-se iniciar a administração de oxigenoterapia.^(21,31)

Como estratégia de tratamento, iniciar a terapia de fibrinólise endovenosa ou encaminhar o paciente para o LH em até 90 minutos do diagnóstico, para realizar a reperfusão mecânica através da ICPp, recomendação classe I do *American College of Cardiology/American Heart Association* (ACC-AHA), nível de evidência A.^(6,21)

Dados na literatura reforçam que a ICPp é superior à fibrinólise na redução da mortalidade precoce, reinfarto, insuficiência cardíaca, choque ou AVC hemorrágico.^(6,12,29) O implante de stent coronariano é a técnica de escolha, pois reduz o risco de reinfarto quando comparado à angioplastia com cateter balão

coronariano.^(7,32,33)

Após o tratamento, o paciente deve ser encaminhado à UCC para monitorização cardíaca contínua, com equipamentos de última geração e assistência especializada. Durante as primeiras 24 horas de internação, não havendo contra-indicação, será iniciada a terapêutica medicamentosa com estatinas para controle e redução dos níveis elevados de lipoproteína de baixa densidade, com β -bloqueadores para controle da frequência cardíaca, e com os inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) para controle e redução da pressão arterial.^(12,30)

Antes da alta hospitalar, devem ser realizados exames para estratificação de risco de angina instável e de reinfarto, como o ecocardiograma transtorácico em repouso e durante estresse, com o objetivo de avaliar a função sistólica ventricular esquerda, a viabilidade miocárdica e a presença de isquemia, com importantes implicações terapêuticas e prognósticas após o IAM. Se não houver contra-indicações, pode ser realizado o teste ergométrico para avaliação prognóstica.⁽¹²⁾

O tempo ideal de permanência na UCC e de internação hospitalar deve ser determinado de forma individual, de acordo com o risco cardíaco do paciente, com as comorbidades, com seu estado funcional e suporte social. No Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP), o tempo médio de internação para infarto não complicado é de três dias.^(5,6,21,29)

Estudos reforçam que houve uma redução de mortalidade ao longo dos anos nos países desenvolvidos, devido ao avanço das terapias de reperfusão, terapia antitrombótica, prevenção secundária e acompanhamento após a alta hospitalar.^(15,21,28,34) Embora a mortalidade por SCA tenha diminuído, ainda é um problema de saúde global, com o aumento do envelhecimento populacional, sendo que, com a crescente prevalência de obesidade, diabetes e hipertensão na população, a erosão endotelial tem se tornado mais frequente, causando oclusões transitórias ou parciais nas artérias coronárias.⁽³⁵⁻³⁷⁾

4.2 PREVENÇÃO SECUNDÁRIA NA SÍNDROME CORONARIANA AGUDA

Com o objetivo de garantir qualidade de vida e reduzir as reinternações hospitalares e a mortalidade cardiovascular, medidas de prevenção secundária devem ser adotadas pós-isquemia miocárdica. Existem situações em que, devido a fatores de risco não modificáveis (idade, sexo, histórico familiar de doença cardiovascular prematura e predisposição genética), a prevenção primária acaba por não surtir o efeito desejado.^(35,37-41)

Como primeira medida de prevenção secundária, há a importância de identificar fatores de risco que podem ocasionar novos eventos cardiovasculares. Identificados tais fatores de risco, é importante que o enfermeiro inicie o processo de educação do paciente e dos familiares, com orientações relacionadas à mudança de hábitos potencialmente prejudiciais, denominados fatores de risco modificáveis.^(42,43) Deve-se orientar sobre hábitos alimentares, como a redução de ingestão calórica e o consumo de açúcares simples, pois estão associados ao ganho de peso e ao DM do tipo II; a redução do consumo de sal, gorduras trans, gorduras saturadas; e a ingestão de alimentos processados, uma vez que estão associados à hipertensão e ao ganho de peso.^(40,41)

Outra medida é a cessação do tabagismo, através de reposição de nicotina (adesivo, goma, pastilhas e cigarros eletrônicos), bupropiona e vareniclina são eficazes quando associados a programas de cessação de tabaco.^(23,35,39,40) A combinação estilo de vida saudável e prática de exercícios físicos reduz o risco de desenvolvimento de novos eventos isquêmicos e aumenta a expectativa de vida ativa.^(23,35) O programa de reabilitação cardíaca tem como objetivos reduzir os efeitos deletérios do prolongado repouso no leito e o controle das alterações psicológicas, além de auxiliar na redução dos fatores de risco modificáveis já citados anteriormente.^(12,23,35)

Caso a mudança de hábitos de vida não seja suficiente para reduzir os fatores de risco, como terceira medida de prevenção secundária, tem-se a terapia medicamentosa. As diretrizes recomendam o uso da TAD de seis meses a um ano, como forma de prevenir novos eventos isquêmicos e as estatinas, para controle lipídico, em especial o colesterol da lipoproteína de baixa densidade (LDL-C).^(12,40,41)

Recomenda-se manter os níveis de LDL-C <100 mg/dl, pois em níveis desejáveis reduz a taxa de mortalidade de 15 a 20%. O uso de IECA reduz a

resistência vascular periférica, promove a diminuição da pressão arterial, além de controlar o remodelamento ventricular e prevenir a insuficiência cardíaca. Bloqueadores dos receptores da angiotensina (BRAs) são recomendados quando os pacientes apresentam intolerância aos IECA; betabloqueadores, para controle da pressão arterial e como importante medicamento para redução do risco de reinfarto, morte súbita e mortalidade.^(1,6,12,30,32,35,44,45)

O estudo ProAcor, realizado na Alemanha, com aproximadamente 1000 pacientes, teve como objetivo avaliar a eficácia de um programa de gerenciamento estruturado ambulatorial de doze meses em pacientes após um evento de SCA. Durante a internação hospitalar, os pacientes ganharam um livreto denominado Cardio Pass, que teve como objetivo facilitar o compartilhamento de informações relevantes, o acordo sobre objetivos comuns de prevenção secundária e o planejamento das consultas ambulatoriais. Neste estudo, a adesão à terapia medicamentosa foi alta.⁽³⁰⁾ Diferente de outros estudos, nos quais não existe o acompanhamento pós-alta, a adesão à terapia medicamentosa é baixa, podendo ocorrer a readmissão hospitalar em um tempo menor ou igual a trinta dias.^(46,47)

Estudos demonstram que os custos com as readmissões hospitalares são elevados. Nos Estados Unidos, o Centro de Serviço Medicare passou a punir as instituições hospitalares, com redução de pagamento, quando há taxas de readmissão em excesso dos beneficiários com insuficiência cardíaca, pneumonia e SCA. Após o início do programa de redução de readmissão hospitalar, os hospitais sujeitos a penalidades obtiveram as menores taxas de readmissões, pois implementaram programas de acompanhamento ambulatorial precoce.^(10,46-48)

A concreta e efetiva adoção de medidas de prevenção secundária, com o objetivo de evitar a readmissão hospitalar e a intervenção terciária, maximiza a segurança do indivíduo, reduzindo o risco de óbito, aumenta a qualidade de vida e implica na redução de custos relacionados à SCA.⁽³⁹⁾

Importante destacar a necessidade de planejamento da alta hospitalar precoce. Tal planejamento deve contemplar informações quanto à adesão à terapia medicamentosa, identificação, controle e prevenção de novos eventos isquêmicos e deve-se iniciar a transição do cuidado ambulatorial com a equipe multiprofissional. Muitos estudos focam no cuidado hospitalar, mas a transição para o cuidado ambulatorial é um momento crítico e requer ser mais bem abordado.^(1,37-39)

A prevenção secundária desempenha um importante papel na redução das

DCV. O avanço da medicina e o uso da tecnologia colaboram para as mudanças de hábitos de vida. O desenvolvimento de intervenções e/ou estratégias auxiliam na transição do cuidado hospitalar para atenção primária, quando realizadas pela equipe multiprofissional, em especial quando realizadas pelos enfermeiros.^(10,27,46)

O envolvimento do enfermeiro em programas de prevenção primária e secundária promove redução de fatores de risco e mudanças no estilo de vida, pois aumentam a conscientização e a compreensão dos pacientes sobre a SCA e seu tratamento. Estes profissionais realizam o monitoramento da adesão à terapia farmacológica, a educação centrada nas necessidades do paciente e de sua família e apoiam no planejamento da alta do paciente e na transição do cuidado para atenção primária em saúde. Estas ações possibilitam a redução das reinternações hospitalares e melhora na qualidade de vida.^(42,43,47)

4.3 FORMATOS DE ATENÇÃO À SAÚDE E À ENFERMAGEM

As DCV são responsáveis pela morbimortalidade global. Devido à grande relevância, é imprescindível que o enfermeiro utilize instrumentos para qualificar o cuidado e para implementar estratégias para a redução dos eventos cardiovasculares.⁽⁴⁹⁻⁵¹⁾

Com o intuito de promoção à saúde nos países latino-americanos, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) detectou a necessidade de desenvolver a enfermagem especializada, fundamentada em inovação, liderança, conhecimento, habilidades e prática baseada em evidências, para que estes enfermeiros sejam capazes e estejam preparados para desenvolver e implementar políticas de atenção à saúde que transformem e aprimorem amplamente os cuidados com a saúde.^(51,52)

Na assistência, cabe ao enfermeiro da prática avançada, uma estratégia já reconhecida em países como Estados Unidos, Canadá, Reino Unido e Austrália, apoiada pela OPAS/Organização Mundial da Saúde (OMS), desenvolver o cuidado centrado na pessoa, na família, no grupo, nas comunidades ou nas populações, com embasamento científico e sistematizado, a fim de promover a prevenção primária e secundária, em especial na atenção primária.⁽⁵¹⁾

Em alguns países, os enfermeiros possuem autonomia quanto à tomada de decisão na prática clínica, pois estes profissionais possuem conhecimento para

realizar diagnósticos, prescrições de medicamentos e tratamentos; podem realizar o encaminhamento a outras especialidades ou profissionais para continuidade do cuidado e até admitir pacientes nas instituições hospitalares.⁽⁵¹⁾

Programas liderados por enfermeiros aumentam a adesão dos pacientes ao tratamento medicamentoso, a eficácia quanto à orientação ao paciente sobre a importância na cessação do tabagismo, a promoção do autocuidado, o aconselhamento aos pacientes para melhorias no seu estilo de vida, a compreensão sobre o seu estado de saúde e o conhecimento de sua doença. O enfermeiro desenvolve vários métodos para a promoção do cuidado, como orientações por meio de material impresso, recursos audiovisuais, contato telefônico, entre outros.^(42,52-54)

A OMS desenvolveu, em 2016, o pacote técnico HEART, que tem como proposta a redução das DCVs, através do aprimoramento das ações de prevenção, diagnóstico, cuidados e gestão das DCVs, e é composto por seis módulos e um guia de implementação.^(49,51,55) Nestes módulos, são apresentados o impacto mundial das DCVs, destinado ao aperfeiçoamento do conhecimento dos profissionais da saúde relacionados à prevenção primária em saúde; reduzir as lacunas, nos países subdesenvolvidos, entre a prática baseada em evidências versus prática usual, através da implementação de protocolos de manejo clínico terapêutico; acesso às terapias medicamentosas essenciais e à tecnologia; assistência à saúde, fundamentada em equipe multiprofissional, que tem como objetivo o paciente como um ser único do cuidado e, por último, o sistema de monitoramento, gerenciamento e uso contínuo de indicadores específicos, para acompanhamento das ações para gestão das DCVs na atenção primária à saúde.^(49,51,55)

Em 2016, no Reino Unido, foi divulgado um relatório denominado “*Triple impact-How*”. Este relatório cita a magnitude do profissional enfermeiro na promoção à cobertura universal de saúde, na promoção à igualdade de gênero e economia, empoderamento e valorização da enfermagem, investimento em educação e ao desenvolvimento técnico destes profissionais. Também reforça o envolvimento do enfermeiro na elaboração das políticas, capacitar os enfermeiros para que possam desenvolver a habilidade de inovar e de liderar processos. A enfermagem precisa estar na agenda política no mais alto nível em todos os países e agências internacionais.⁽⁵⁶⁾

Na Itália, está em andamento um estudo multicêntrico, randomizado e controlado que se caracteriza como uma aliança para prevenção secundária em

pacientes com SCA. Gerenciado por enfermeiros, este estudo testa uma abordagem guiada por um instrumento multidimensional, aplicado por estes profissionais, em até 04 anos de acompanhamento. O estudo ALLiança para PREvenção sEcundária após um episódio de síndrome coronariana aguda (ALLiance for sEcondary PREvention after an episode of acute coronary syndrome) ALLEPRE tem como objetivo comparar a eficácia de um programa estruturado de prevenção secundária pós-SCA, com o atendimento padrão prestado aos pacientes de alto risco, admitidos aos centros cardiológicos da região de Emilia-Romagna.⁽⁴²⁾

Enfermeiros holandeses realizaram um estudo para avaliar o impacto de uma triagem estruturada, individualizada e baseada nos fatores de risco cardiovasculares de 176 pacientes ambulatoriais em um período de um ano. O estudo foi realizado através de um questionário automatizado, disponibilizando um programa de intervenção de estilo de vida liderado por um enfermeiro com experiência em gestão cardiovascular e em pacientes que receberam o melhor tratamento médico. Uma avaliação estrutural de fatores de risco cardiovascular e uma abordagem integrada, conduzida por enfermeiros, pode diminuir com êxito a ocorrência de novos eventos cardiovasculares e promover a prevenção secundária.⁽⁵⁴⁾

Outro estudo randomizado, realizado com pacientes filipinos, conduzido por enfermeiros, demonstrou que a implementação de um programa estruturado para o planejamento da alta hospitalar reduz o número de reinternações hospitalares, melhora a percepção do estado de saúde, a auto eficácia cardíaca e a satisfação do paciente pós-SCA.⁽⁵⁷⁾

O uso da tecnologia apoia o enfermeiro no desenvolvimento do cuidado centrado nas necessidades do paciente. O uso de livretos impressos, recursos audiovisuais e software são ferramentas que auxiliam na promoção do autocuidado. O enfermeiro tem o importante papel de educador no processo saúde-doença para que o paciente retome as atividades da vida diária e adote o autocuidado de maneira mais precoce e independente, com enfoque na prevenção de novos eventos isquêmicos.⁽⁴³⁾

Na Suécia, foi realizado um estudo randomizado com 199 pacientes com idade inferior a 75 anos, internados por SCA, alocados para o braço do estudo em cuidados cardíacos padrão (n=105) ou para cuidados centrados na pessoa + cuidados cardíacos padrão (n=94). Foi identificado que os pacientes com cuidados centrados na pessoa possuem melhor experiência de cuidado, maior adesão ao autocuidado,

maior envolvimento dos familiares e amigos, melhor acesso a informações e documentação (prontuário) de acompanhamento integrado nos três níveis de atenção à saúde. O cuidado centrado na pessoa tem como objetivo constituir uma conexão entre o paciente e os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro.⁽³⁴⁾

Tais exemplos apontam o acompanhamento realizado por enfermeiras como uma estratégia bem sucedida e geradora de melhores resultados para os pacientes e, conseqüentemente, para as instituições de saúde, na medida em que readmissões hospitalares são evitadas.

5 MÉTODOS

Trata-se de um estudo de intervenção baseado no *Design Science Research*, que se caracteriza por ser uma metodologia de pesquisa científica que envolve o desenvolvimento de uma inovação, auxilia as organizações a resolver problemas reais e instrumentaliza a construção do saber.⁽⁵⁸⁻⁵⁹⁾ Constitui-se em um processo rigoroso de projetar soluções para resolver problemas existentes, alcançar melhores resultados, avaliar o que foi projetado ou o que está funcionando e comunicar os resultados obtidos.⁽⁵⁸⁻⁶⁰⁾

5.1 LOCAL

A instituição onde foi desenvolvido este trabalho é o Hospital São Francisco, do complexo hospitalar da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, que é referência em cardiologia, e atende pacientes do SUS e da saúde suplementar. Possui 97 leitos, distribuídos em UTI, UI, pronto atendimento de arritmia, bloco cirúrgico e LH, além do setor de métodos diagnósticos.

Há cinco formas de admissão dos pacientes com SCA na referida instituição: a) via emergência por demanda espontânea, b) via regulação pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) (pré-hospitalar), c) via intra-hospitalar, d) via transferência de uma Unidade de Pronto Atendimento, e) ou via encaminhamento ou transferência de outra instituição hospitalar que não faça parte da linha de cuidado do IAM, no município ou fora dele.

5.2 PARTICIPANTES

Com amostra do tipo intencional, não probabilística, foram incluídos no estudo 42 pacientes com SCA, admitidos após ICP com implante de SF, no período de dezembro de 2019 a abril de 2020. A opção por pacientes do SUS se deu em razão da garantia do fornecimento, de forma gratuita, do medicamento especial (clopidogrel), essencial ao tratamento da SCA em hospitais credenciados na linha de cuidado do IAM, junto ao Ministério da Saúde.

Para inclusão de pacientes, foram definidos os seguintes critérios: a) pacientes adultos (maior ou igual a 18 anos), de ambos os sexos, b) pacientes que se

apresentassem em atendimento de emergência ou urgência, com suspeita de SCA, com quadro clínico sugestivo, associado a alterações eletrocardiográficas compatíveis e/ou marcadores de necrose alterados, c) que realizaram ICP com implante de SF. Os critérios de exclusão foram os seguintes: a) pacientes sem condições clínicas ou cognitivas de assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), b) evasão, c) óbito durante a pesquisa.

Dos 42 pacientes inicialmente incluídos, apenas 37 permaneceram no programa, sendo as razões da exclusão dos pacientes: um por evasão, dois deram alta da UTI para a UI no sábado, e a alta hospitalar ocorreu no domingo, um não aceitou participar do estudo e outro paciente evoluiu a óbito durante a internação na UTI.

O acompanhamento foi realizado até a alta hospitalar ou óbito, o que ocorresse primeiro. O programa foi liderado e executado por enfermeiros com experiência na área da cardiologia; acompanhamento de pacientes agudos pós-ICP com implante de SF durante a internação hospitalar e, após a alta hospitalar, por um período de até um mês.

5.3 PLANEJAMENTO E DESENVOLVIMENTO DE UM PROGRAMA DE ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES COM SCA

5.3.1 Apresentação e capacitação da equipe envolvida no Programa: inicialmente, foi realizada a apresentação e alinhamento das informações contidas na Linha do Cuidado IAM, conforme preconizado pelo MS, bem como a apresentação dos objetivos do programa para a equipe médica e enfermeiros do LH e UI quanto aos objetivos do programa por meio de cinco encontros presenciais, com duração máxima de 40 minutos, em data e horários definidos em comum acordo, participaram cinco enfermeiros e dez médicos. Para guiar os profissionais, foi elaborado um fluxograma de acompanhamento do paciente com SCA (Figura 01).

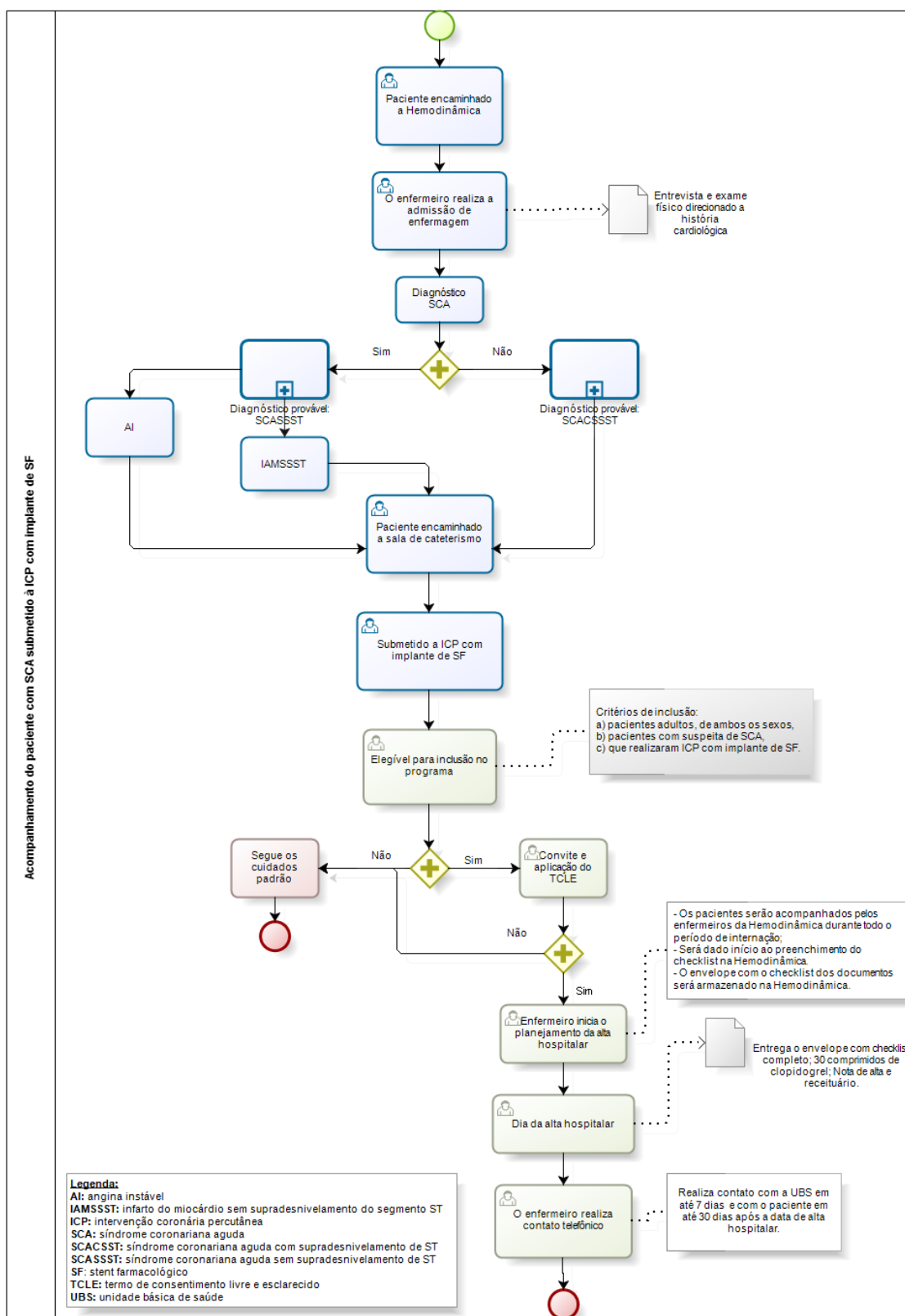


Figura 01 - Fluxograma de acompanhamento do paciente com SCA.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2019)

5.3.2 Busca ativa e inclusão no Programa: os enfermeiros realizavam busca ativa no sistema informatizado de gestão denominado Tasy®, por meio do acesso à agenda de cirurgias onde verificavam os procedimentos realizados. Aqueles pacientes que realizaram ICP com implante de SF eram elegíveis para inclusão no programa. Os pesquisadores acompanhavam a previsão de alta da UTI para UI e, quando esta ocorria, os pesquisadores dirigiam-se ao leito e faziam o convite para participar do programa, por meio da aplicação do TCLE ao paciente.

Depois da inclusão do paciente no programa, o pesquisador dava início ao preenchimento do Instrumento de caracterização sociodemográfica e clínica (Apêndice A), era realizada a atualização dos dados do paciente, tais como: endereço completo, contatos telefônicos do paciente e de um familiar mais próximo, peso, altura e nome da mãe completo.

O pesquisador realizava o monitoramento em tempo real das movimentações do paciente no hospital via sistema informatizado. Após a alta da UTI, o paciente era transferido para a UI e, neste momento, o enfermeiro iniciava a segunda etapa do programa, o preenchimento do Laudo para Solicitação de Medicamento Especializado (LME) (Anexo 02). As seguintes informações eram necessárias: número do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); nome do estabelecimento de saúde solicitante; nome completo do paciente e da mãe; peso e altura; nome genérico do medicamento e quantidade solicitada; o número de registro da Classificação Estatística Internacional de Doenças e problemas relacionados à saúde (CID-10) que corresponde à doença que levou a solicitação do clopidogrel; entre outras informações.

Para fins de organização, todos os documentos eram armazenados em envelope tamanho A4, na sala dos enfermeiros na unidade de hemodinâmica e identificados por um checklist (Figura 02) adesivado no envelope. Este checklist contava com a totalidade dos documentos, o endereço e o contato telefônico da CEAF.

Etiqueta do paciente		
Documentos	Sim	Não
Laudo de solicitação, avaliação e autorização de medicamento com assinatura e carimbo médico		
Receita do medicamento com o nome genérico clopidogrel com assinatura e carimbo médico		
Nota de alta hospitalar com o diagnóstico de SCA com assinatura e carimbo médico		
Cópia do RG do paciente		
Cópia do CPF do paciente		
Cópia do Cartão Nacional do SUS do paciente		
Comprovante de residência com CEP do paciente e responsável		
Endereço: Av. Borges de Medeiros, 546 - Centro Histórico, Porto Alegre - RS, 90020-022. Horário de atendimento: 07h às 18h de segunda a sexta-feira. Telefone de contato: (51) 3901-1000		

Figura 02 - Checklist dos documentos necessários para retirada do medicamento especial na CEAF.

Além da entrega do envelope ao paciente e/ou familiar, o enfermeiro também realizava a orientação quanto à importância da obtenção do medicamento especial (trinta comprimidos de clopidogrel), conforme preconizado pela linha do cuidado do IAM no momento da alta hospitalar. Entregava, também, o receituário dos medicamentos prescritos pelo médico, a nota de alta com o código internacional de doenças (CID-10) de IAM e a carta de encaminhamento à Unidade Básica de Saúde (UBS).

Após a finalização da primeira etapa do instrumento, era possível realizar a busca da UBS que atende à região deste paciente. Para a identificação da UBS, quando morador do município de Porto Alegre, o enfermeiro efetuava o contato telefônico com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) através dos números (51) 3289-2899 ou (51) 3212-6800 ou acessava o site da prefeitura, através do link <https://prefeitura.poa.br/carta-de-servicos/atencao-primaria-saude-unidades-basicas-de-saude>. Nessa página, era possível clicar em “Lista de postos de saúde”, para baixar um arquivo Excel Microsoft® com o nome da unidade de saúde, endereço, telefone e o horário de atendimento. Para busca da UBS, conforme endereço do paciente, no referido link, o pesquisador clicava em “Saiba qual é o seu posto”, descarregava um arquivo Excel Microsoft® e, no campo “Localizar e Selecionar”, o pesquisador digitava o endereço do paciente e procurava a Unidade de Saúde, conforme o número da residência. Para os pacientes da região metropolitana de Porto

Alegre, o pesquisador acessava diretamente o site das prefeituras, onde era possível localizar o telefone de contato da UBS de referência ou através do contato telefônico com a SMS. A identificação da unidade de saúde se deu ainda durante a internação do paciente.

5.3.3 Acompanhamento intra-hospitalar do paciente: foi elaborado um instrumento para acompanhamento do paciente, cujo preenchimento era iniciado durante a internação hospitalar. Este instrumento foi denominado Instrumento de caracterização sociodemográfica e clínica (Apêndice A), contendo as seguintes informações: dados sociodemográficos e clínicos, dados da UBS de referência, de acordo com o endereço residencial fornecido e dados relacionados à terapêutica prescrita.

Para otimizar o acompanhamento do paciente, foi elaborado um quadro com informações relacionadas à identificação do paciente (etiqueta do paciente); data da realização da ICP; data do convite para participar do programa e da aplicação do TCLE; data que o enfermeiro iniciou as orientações para alta hospitalar e entrega do impresso; data do preenchimento da LME, orientação ao paciente e/ou familiar, e solicitação dos documentos necessários para encaminhamento da solicitação do clopidogrel à CEAF, e da adequação dos documentos, data da entrega do envelope (checklist completo); data da alta hospitalar; data do contato telefônico com o enfermeiro da UBS e data do contato telefônico com o paciente (Apêndice B).

Durante a internação hospitalar, o enfermeiro realizava a organização dos documentos a serem entregues ao paciente para posterior alta hospitalar, para que ele pudesse realizar, após a alta, a abertura de processo administrativo para retirada do medicamento clopidogrel na farmácia de medicamentos especiais. A relação dos documentos necessários está disponível no site da Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul (Anexo 03).

Também foi elaborado, após revisão de literatura sobre as melhores práticas e consulta às diretrizes clínicas, um documento para ser entregue aos pacientes denominado Recomendações de cuidados após o infarto agudo do miocárdio (Apêndice C) com orientações relacionadas à prevenção primária e secundária, adesão à terapia medicamentosa, identificação precoce de novos eventos isquêmicos, além dos cuidados habituais. Este documento foi construído pelo pesquisador, cujas informações foram validadas pela equipe médica, sendo um

cirurgião cardíaco (coordenador médico), um médico cardiologista intervencionista (responsável técnico da hemodinâmica), dois médicos cardiologistas clínicos, coordenador de enfermagem do segmento Serviço de Apoio a Diagnóstico e Terapia (SADT), foi realizado reuniões com estes profissionais por um teste piloto com dois pacientes.

5.3.4 Acompanhamento após a alta hospitalar: o enfermeiro realizava o contato telefônico com o enfermeiro da UBS de referência, uma semana após a alta hospitalar. Nesta ligação, ele utilizava o Instrumento de caracterização sociodemográfica e clínica (Apêndice A), o qual continha um texto padrão para apresentação e interação com os enfermeiros das UBS.

Já o contato telefônico com o paciente, realizado pela enfermeira, ocorria trinta dias após a alta hospitalar, com uma janela de tempo de cinco dias para mais ou para menos. Foram realizados alguns questionamentos, tais como: procura por serviço de emergência ou nova internação hospitalar, uso da terapia medicamentosa, recebimento de visita e/ou ligação do profissional da atenção primária em saúde ou comparecimento à consulta na UBS. O tempo de duração de ambos os contatos foi variável.

5.4 ARMAZENAMENTO DE DADOS

Foi desenvolvido de um banco de dados para armazenar variáveis sociodemográficas e clínicas basais do paciente, incluindo sexo, idade, história de tabagismo, história familiar de Doença da artéria coronária (DAC), e ocorrência de diabetes, hipertensão, dislipidemia, arritmia cardíaca por fibrilação auricular (ACFA), cirurgia de revascularização do miocárdio (CRM), ICP prévia, bem como as variáveis inerentes ao procedimento e pós-procedimento no LH, e após a alta hospitalar. Os dados foram obtidos através do prontuário, profissionais da assistência hospitalar e da UBS e informações repassadas pelo paciente e/ou familiar. Estes dados estão armazenados em banco de dados na planilha Microsoft Excel®.

5.5 INDICADORES DE EFICÁCIA DO PROGRAMA

Entende-se por eficácia a relação entre os resultados obtidos e os resultados pretendidos. Utilizou-se o instrumento de caracterização sociodemográfica e clínica (Apêndice A) para checagem dos seguintes indicadores: dispensação de clopidogrel na alta hospitalar, encaminhamento de documentação ao CEAF e integração com a APS. Tais indicadores foram avaliados em 30 dias após a alta hospitalar, durante contato telefônico com o paciente ou familiar.

Além dos indicadores, foi verificada a adesão à terapia medicamentosa, para a qual foram elaboradas perguntas específicas. A abordagem relacionada à adesão se dava em especial ao medicamento clopidogrel e, ainda, neste instrumento, era questionado se o paciente e/ou o responsável, já havia solicitado ou retirado o medicamento na farmácia especial.

Os desfechos clínicos avaliados foram admissão na emergência (até 24h de permanência), reinternação hospitalar ou óbito. A partir do relato do paciente ou familiar, era feita a conferência das informações no sistema informatizado de gestão hospitalar (Tasy®). No caso de óbito, era perguntado o motivo, com base na declaração de óbito.

5.6 ANÁLISE DOS DADOS

Todos os dados coletados no decorrer das etapas do programa foram armazenados em uma planilha Microsoft Excel®. As variáveis contínuas estão expressas por meio de média±desvio padrão ou quartil ou mediana e percentis, conforme sua distribuição. As variáveis categóricas estão expressas em números percentuais e absolutos. Para análise do banco de dados, optou-se pela estatística descritiva.

5.7 ASPECTOS ÉTICOS

De acordo com a resolução nº 466, de 2012, do Conselho Nacional de Saúde Brasileiro, este projeto cumpriu os preceitos éticos e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, através do certificado de apresentação de apreciação ética (CAAE) nº 24128019.6.0000.5335, foi aprovado

sob o parecer nº 3.723.533 (Anexo 04).

Destaca-se que, para a realização deste trabalho, obteve-se o apoio do serviço, por meio da chefia médica e de enfermagem. Os pacientes e/ou responsáveis que participaram do programa de acompanhamento leram e assinaram o TCLE (Apêndice D).

6. IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES COM SCA, SUBMETIDOS À ICP COM IMPLANTE DE STENT

A implantação deste programa teve início na segunda quinzena do mês de dezembro no ano de 2019. As reuniões com as equipes de enfermagem e médicas foram importantes para padronizar o acompanhamento dos pacientes durante a internação hospitalar.

Depois de capacitados, os enfermeiros passaram a fazer o *screening* de pacientes elegíveis, por meio da revisão da agenda de procedimentos, disponível no sistema informatizado de gestão e, conforme a análise de prontuário, elegiam os pacientes para inclusão. Estes pacientes eram agrupados através do quadro de acompanhamento do programa, o qual facilitou e organizou o acompanhamento dos pacientes durante todo o programa.

6.1 INCLUSÃO NO PROGRAMA

A partir da elegibilidade do paciente, o enfermeiro consultava o prontuário eletrônico e dava início ao preenchimento da primeira etapa do instrumento (Apêndice A), com informações sobre dados sociodemográficos, estado de saúde atual e a história pregressa. Uma vez que o paciente apresentasse os critérios de inclusão e estivesse na UI, os pesquisadores faziam o convite através da aplicação do TCLE ao paciente e/ou responsável para participar deste programa, apresentando seus objetivos.

A partir do aceite do paciente, o enfermeiro iniciava as orientações para a alta, perguntando ao paciente o que ele já sabia sobre a reabilitação após o infarto (atividade física, alimentação, atividade sexual), sobre controle de fatores de risco (peso, pressão arterial, colesterol, diabetes, tabagismo), sobre gerenciamento da doença (tratamento da dor no peito e os sinais e sintomas de novos eventos cardiológicos). Também era destacada a importância de seguir as recomendações médicas no que se refere ao esquema terapêutico prescrito. Ainda nesta visita, o enfermeiro informava quais eram os medicamentos mais comuns após um infarto, tais como: aspirina®, antiagregante plaquetário, estatinas, betabloqueadores, bem como IECA, reforçando a importância destes medicamentos na prevenção de novos eventos cardiológicos. Estes medicamentos estão de acordo com as recomendações das

diretrizes brasileiras.^(6,12,23,35)

O tempo de cada visita variava em torno de 30 a 40 min, tempo este que vai ao encontro dos achados em uma revisão sistemática realizada na base de dados Cochrane.⁽⁶⁵⁾ Entretanto, um ensaio clínico randomizado, realizado com 120 pacientes que possuíam, no mínimo, três fatores de risco cardiovasculares, mostrou a diferença de tempo das orientações conforme o sexo, sendo que, para as mulheres, o tempo de orientação variou em torno de 45 a 60min, e o sexo masculino em torno de 30 a 40min.⁽⁶⁶⁾ O processo de educação em saúde é essencial para que o paciente possa ser capaz de praticar o autocuidado, compreender sobre sua doença, sintomas, fatores de risco e o tratamento médico, além de obter informações sobre as intervenções não farmacológicas e farmacológicas eficazes na prevenção secundária da SCA.^(34,57,67,68)

Após as orientações ao paciente, dando início ao planejamento da alta, eram solicitados documentos necessários para a retirada, de forma gratuita, do medicamento clopidogrel. Tais documentos se faziam necessários para a realização de cópia, a fim de complementar o checklist para a retirada do medicamento clopidogrel.

Após retornar da UI com as informações obtidas, o enfermeiro efetuava o preenchimento da LME e, com todos os documentos reunidos, entregava, posteriormente, o envelope ao paciente e/ou responsável, reforçando a importância do encaminhamento destes documentos, logo após a alta hospitalar.

Todos os pacientes receberam os 30 comprimidos do medicamento clopidogrel, diferente do que ocorreu na pesquisa documental, relatada na revisão da literatura, feita no período de março de 2018 a março de 2019, onde está demonstrado que somente 68% dos pacientes com SCACSST, submetidos à ICP com SF, receberam os trinta comprimidos no momento da alta.

6.2 PERFIL DOS PACIENTES INCLUÍDOS

Ao total, 37 pacientes participaram deste programa, cujas idades variaram entre 42 e 87 anos, com mediana de $64 \pm 11,3$ anos, sendo 20 (54,05%) homens. Predominou a raça branca com 34 (91,89%) pacientes, e indivíduos casados 28 (75,64%). A família, na maioria das vezes, estava presente nos horários de visita, em especial as esposas. Infere-se que a presença de um familiar durante as visitas

contribuiu para um melhor enfrentamento da doença, proporcionando ao paciente apoio emocional, com a compreensão e auxílio na redução de fatores estressantes associados à internação hospitalar.

Nos casos dos pacientes com mais de 65 anos, na maioria das vezes, havia um revezamento dos familiares para possibilitar a permanência de um familiar durante as 24h, oferecendo apoio e segurança. Apenas uma paciente (82 anos) não tinha familiar presente; entretanto, tinha vínculo com os profissionais para os quais ela trabalhava. Estes se revezavam nos horários de visita.

Ainda durante as visitas, era possível perceber o envolvimento dos filhos, quando o enfermeiro iniciava o planejamento da alta através de orientações verbais e a entrega do documento Recomendações de cuidados após o infarto agudo do miocárdio (Apêndice C). Nesse momento, os familiares interagiam em conjunto com o paciente, tiravam suas dúvidas e temores relacionados ao infarto. O enfermeiro questionava se o paciente sabia ler e, para aqueles pacientes analfabetos, o enfermeiro realizava contato telefônico com outro familiar e/ou responsável, para combinar a presença no horário de visita, a fim de poder repetir as orientações.

Em relação à escolaridade, 23 (62,16%) pacientes possuíam a escolaridade fundamental e 03 (8,10%) eram analfabetos. Com relação à procedência, a maioria reside em Porto Alegre, 23 (62,16%), sendo 09 (39,13%) da zona leste, seguido da zona norte 08 (34,78%). Da região metropolitana de Porto Alegre, 08 (34,78%) pacientes, conforme mostra a figura 03.



Figura 03 – Distribuição dos pacientes oriundos da região metropolitana de Porto Alegre incluídos no Programa.

Os demais pacientes eram provenientes de outros municípios, tais como Capão da Canoa, Xangrilá, Três Coroas, Maquiné e São Francisco de Paula, todos internaram via emergência SUS, através da modalidade vaga zero - SAMU Metropolitano. Conforme a portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002, a modalidade vaga zero se dá quando não há leito disponível para o garantir o atendimento aos pacientes definidos como atendimento de urgência, cabendo ao médico regulador de urgências decidir o destino do paciente, comunicando sua decisão aos médicos assistentes das portas de urgência.⁶⁹ O total de pacientes provenientes da emergência da Santa Casa foi 33 (89,18%). Destes, 23 (62,16%) pacientes foram admitidos na modalidade de vaga zero. O tempo de internação hospitalar variou de 01 a 55 dias, com mediana de 05 dias. A tabela 01 apresenta o perfil sócio demográfico dos pacientes incluídos no programa.

Tabela 01. Características sociodemográficas dos pacientes internados com SCA pós-implante de SF (n=37). Porto Alegre - RS, 2020.

Variável	n(%)
Idade (anos)*	64±11,3
Faixa etária	
≥60 anos	25(67,56)
<60 anos	12(32,43)
Sexo Masculino	20(54,05)
Raça Branca	34(91,89)
Situação conjugal	
Casado	28(75,64)
Separado/divorciado	04(10,81)
Viúvo	03(8,10)
Solteiro	01(2,70)
Situação de trabalho	
Ativo	20(54,05)
Aposentado	15(40,54)
Afastado	02(5,40)
Escolaridade	
Ensino fundamental	23(62,16)
Ensino médio	11(29,72)
Analfabeto	03(8,10)
Procedência	
Emergência	33(89,18)
Hemodinâmica	04(10,81)
Tempo médio de internação (dias)†	05(4,5-7)

*Variável descrita como média; ±desvio padrão; †Variável descrita como mediana (percentil 25-75).

Referente aos fatores de risco, observou-se a prevalência de hipertensão arterial em 28 (75,67%) pacientes, seguido por tabagismo 26 (70,27%). Os pacientes com história de ICp prévia totalizaram 05 (13,51%); destes, apenas um foi SCASSST

(AI), todos os demais foram diagnosticados com SCACSST no passado. Ao comparar com a pesquisa documental, realizada para este trabalho, observa-se que a SCACSST permanece em quantitativo maior que a SCASSST; assim como o sexo masculino.

O total de SF implantados nos pacientes participantes do programa foi de 59, em média $02 \pm 0,94$ stents por paciente. O tratamento com SF, na coronária culpada pelo infarto, na maioria dos pacientes, se deu na artéria descendente anterior, seguido da artéria coronária direita. Dados demonstrados na Tabela 02.

Tabela 02. Características clínicas dos pacientes internados com SCA pós-implante de SF (n=37). Porto Alegre - RS, 2020.

Variável	n(%)
Hipertensão Arterial Sistêmica	28(75,67)
Tabagismo	26(70,27)
Diabetes mellitus	12(32,43)
Dislipidemia	10(27,02)
História Familiar DAC	09(24,32)
ICp prévia+	05(13,51)
CRM prévia	02(5,40)
ACFA	01(2,70)
Apresentação clínica	
SCA com supradesnivelamento de ST (IAMCSST)	30(81,08)
SCA sem supradesnivelamento de ST (AI)	04(10,81)
SCA sem supradesnivelamento de ST (IAMSSST)	03(8,10)
Vasos arteriais coronários (n=59)	
ADa	36(61,01)
ACd	17(28,81)
ACx	09(15,25)
RD	05(8,47)
RM	03(5,08)
ADp	03(5,08)
TCE	01(1,69)

RPLE	01(1,69)
RVP	01(1,69)

*Variável descrita como média; \pm desvio padrão. ACFA: arritmia cardíaca por fibrilação auricular; ACx: artéria circunflexa; ACd: artéria coronária direita; ADa: artéria descendente anterior; ADp: artéria descendente posterior; AI: angina instável; CRM: cirurgia de revascularização do miocárdio; DAC: doença artéria coronária; IAMCSST: infarto do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST; IAMSSST: infarto do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST; ICp: intervenção coronária percutânea; RD: ramo diagonal; RM: ramo marginal; RPLE: ramo pósterolateral esquerdo; RVP: ramo ventricular posterior; SCA: síndrome coronariana aguda; SF: stent farmacológico; TCE: tronco coronário esquerdo

A média de medicamentos prescritos por paciente foi $5,92 \pm 1,25$ (mínimo 04 e no máximo 09). Na alta hospitalar, todos os pacientes receberam os trinta comprimidos de clopidogrel. Os medicamentos mais prescritos em receituário foram: clopidogrel, ácido acetilsalicílico, betabloqueador, estatina e inibidores da ECA. A tabela 03 apresenta as medicações prescritas pelos médicos no momento da alta hospitalar.

Tabela 03. Medicamentos prescritos na alta hospitalar, conforme o receituário dos pacientes incluídos no programa (n=37). Porto Alegre - RS, 2020.

Medicamentos	n(%)
Clopidogrel	37(100)
Ácido acetilsalicílico	37(100)
Estatina	37(100)
Betabloqueadores	36(97,29)
Inibidores da enzima conversora de angiotensina	35(94,59)

6.3 ACOMPANHAMENTO APÓS A ALTA HOSPITALAR

O principal objetivo do acompanhamento após a alta foi integrar a atenção terciária com a primária, operacionalizando-se a referência e contra-referência, com enfoque na integralidade da assistência, melhora dos serviços oferecidos e o acompanhamento de enfermagem direcionado à adesão à terapia medicamentosa após a alta, especialmente quanto ao uso do clopidogrel, medicamento este fundamental para o sucesso do tratamento com implante de stent após o infarto.

O primeiro contato, em até uma semana após a alta hospitalar, foi com a UBS da área onde o paciente declarou residir, por meio telefônico. Nesta etapa, foi possível efetuar o contato com os enfermeiros de 28 (75,67%). Para que fosse realizado este contato, por vezes, foram necessárias inúmeras tentativas para uma mesma UBS. O profissional de referência era o enfermeiro que, quando não estava disponível, era realizado novo contato telefônico. Nesta ligação, era questionado se o endereço de residência do paciente era da área de atuação desta equipe.

O segundo contato era realizado com os pacientes em até um mês após a alta hospitalar, através do número informado, com o objetivo de saber se houve a necessidade de atendimento em ambiente hospitalar, seja por meio do serviço de emergência e/ou internação, era perguntado sobre a adesão à terapia medicamentosa, a retirada do clopidogrel na CEAF e se recebeu visita e/ou ligação dos profissionais da atenção primária em saúde ou se realizou consulta médica ou de enfermagem na UBS, seja por livre demanda ou agendamento. Esta etapa demandou um tempo considerável, pois foram necessárias inúmeras ligações para um mesmo paciente. O contato foi efetivo em 35 (94,59%) casos. Para dois pacientes, não foi possível o contato telefônico, pois os celulares estavam sempre desligados. Nestes casos, foi realizado contato telefônico com a UBS, solicitando a possibilidade de o agente de saúde ir até a residência destes. Apenas uma unidade de saúde realizou busca ativa.

Durante o contato telefônico, era aplicado o Instrumento de caracterização sociodemográfica e clínica (Apêndice A) mediante o qual foi possível identificar que 06 (16,21%) pacientes buscaram o serviço de emergência da Santa Casa. Um deles buscou o serviço de emergência com queixa de dor no peito, mas não precisou ficar internado. Outro paciente que buscou o serviço de emergência de outra instituição hospitalar de referência em Porto Alegre ficou internado pois, segundo o paciente, houve o diagnóstico médico de fibrilação atrial, flutter atrial e AI. Devido à persistência da dor anginosa, foi necessária nova ICP com balão na coronária acometida pelo infarto.

Outro paciente do sexo masculino procurou a emergência da Santa Casa, com queixa de dor típica duas vezes após a alta hospitalar, sendo a primeira procura onze dias após a alta, em que foi evidenciada crise hipertensiva e, a segunda procura pela emergência, ocorreu sete dias após a primeira visita. Em ambos os atendimentos, não houve alteração isquêmica no eletrocardiograma ou nos marcadores bioquímicos de

necrose miocárdica. Duas pacientes que deveriam ser acompanhados pela unidade de Saúde Modelo, foram identificadas como não aderentes à medicação atorvastatina e ao clopidogrel.

Outra situação que foi possível identificar, por meio do contato telefônico, uma paciente do sexo feminino, cujo relato evidenciou que toda vez que apresentava dor no peito, ela tomava um clopidogrel, segundo ela, sendo o máximo dois comprimidos por dia. É possível que esse fato reflita a incompreensão por parte da paciente sobre as indicações da terapia medicamentosa. A dosagem dessa medicação é de 01 comprimido por dia; assim, além de faltar medicamento para o período, a depender da frequência da ingesta aumentada, a paciente poderia ter efeitos indesejados relacionados à superdosagem de clopidogrel como, por exemplo, o aumento do tempo de sangramento. Ainda relatou que vinte dias após a alta hospitalar, precisou procurar a UPA da Bom Jesus, devido à forte dor no peito, quando foi verificada a pressão arterial seguida da liberação para retorno ao domicílio, com a orientação de procurar uma UBS. Ao procurar a unidade de saúde Vila Vargas, foi informada que estavam sem médicos e o número de profissionais também estava reduzido.

A pesquisadora realizou trinta tentativas de contato com a UBS Vila Vargas, todas sem sucesso. Para essa paciente, a pesquisadora orientou em relação à importância do uso correto dos medicamentos, bem como agendar uma consulta com médico na UBS quando possível e, na presença de dor torácica, a procura por uma UPA.

Em relação ao vínculo familiar, nas ligações foi possível identificar a presença de um familiar de referência para o paciente, que geralmente eram as esposas ou filhas. Estes familiares auxiliavam no lembrete dos horários das medicações e organizavam os medicamentos, conforme o horário e a quantidade de comprimidos. Além do auxílio na alimentação, através da escolha de alimentos mais saudáveis, controle do sal e do peso, quando era possível, apoiava e acompanhava na realização de caminhadas leves e na identificação de recorrência da dor no peito.

A procura ao serviço de emergência ocorreu em 06 (16,21%) casos; destes, o tempo médio da data de alta até a procura da emergência, ocorreu em $14,5 \pm 10,78$ dias. Um dos pacientes procurou a emergência duas vezes; a primeira, doze dias depois da alta e, a segunda, sete dias do intervalo da primeira visita a emergências. Em nenhuma das vezes houve necessidade de internação hospitalar, foi realizada a triagem cardiológica e liberado para residência.

Ao analisar a reinternação hospitalar ocorreu em 02 (5,41%) casos, sendo o tempo médio de $3,5 \pm 3,53$ dias da alta da Santa Casa. Um destes pacientes internou um dia após a alta hospitalar da Santa Casa e evoluiu a óbito onze dias após a data de reinternação. Quanto à referência e contra-referência, 27 (72,97%) pacientes receberam visitas e/ou ligações dos profissionais de saúde da atenção primária e/ou foram em uma consulta na UBS, seja por demanda espontânea ou através do agendamento de consulta. Na tabela 04, são apresentados os indicadores de eficácia do acompanhamento dos pacientes com SCA, submetidos à ICP com SF pós-alta hospitalar.

Tabela 04. Acompanhamento dos pacientes com SCA submetidos à ICP com SF pós-alta hospitalar (n=37). Porto Alegre - RS, 2020.

Variável	n(%)
Contato telefônico com o enfermeiro da UBS	28(75,67)
Contato telefônico com o paciente	35(94,59)
Recebeu visita e/ou ligação ou foi consultar na UBS	27(72,97)
Óbito	01(2,70)
Visita à emergência após a alta hospitalar	06(16,21)
Internação hospitalar após a alta hospitalar	02 (5,41)

UBS: unidade básica de saúde.

Quanto ao encaminhamento dos documentos à CEAF, somente 16 (43,24%) pacientes encaminharam estes documentos até o momento do contato telefônico, sendo que, destes, somente 09 (24,32%) pacientes retiraram o medicamento clopidogrel. Um fator dificultador foi que, na segunda quinzena de março, no Brasil, ocorreu a disseminação do vírus COVID-19, anunciada como pandemia pela Organização Mundial de Saúde em 11 de março do corrente ano, o que dificultou o acesso a CEAF, pois a orientação era ficar em casa. Segundo o relato dos pacientes, a farmácia especial reduziu os horários de atendimento, e também ocorreu redução das linhas de ônibus. Como a maioria fazia parte do grupo de risco, tinha receio de sair de casa e se contaminar.

Após a alta hospitalar, foi possível acompanhar, conforme relato dos pacientes, a adesão à terapia medicamentosa de 35 pacientes. Quando questionados se estavam tomando os medicamentos que o médico receitou na alta hospitalar, 33

(94,28%) pacientes relataram que sim. Ao serem questionados sobre os nomes dos medicamentos, 35 (100%) pacientes souberam informar. Quanto à frequência 35 (100%) pacientes relataram os horários e a quantidade prescrita pelo médico, mesmo aqueles que não estavam tomando todos os medicamentos. A tabela 05 apresenta os resultados relacionados à adesão à terapia medicamentosa.

Tabela 05. Avaliação conforme relato da adesão à terapia medicamentosa dos pacientes com SCA, submetidos à ICP com SF pós-alta hospitalar (n=35). Porto Alegre - RS, 2020.

Variáveis	n(%)
Adesão à terapia medicamentosa, conforme relato do paciente	33(94,28)
Pacientes que souberam informar quais medicamentos o médico receitou	35(100)
Pacientes que souberam informar a frequência de cada medicamento	35(100)
Pacientes que não precisaram de apoio familiar para lembrá-los de tomar os medicamentos	32(91,42)

A média de uso de medicamentos pós-alta hospitalar, ou seja, no domicílio, foi $5,64 \pm 1,82$. Ao comparar com os medicamentos prescritos na alta, percebeu-se a redução de medicamentos, isso se deve a não adesão de alguns medicamentos como clopidogrel 02 (5,40%) e a estatina 02 (5,40%).

Em relação ao engajamento com as orientações para alta, alguns pacientes relataram dificuldades, como praticar alguma atividade física, por estarem mais estressados com a possibilidade de contaminação por COVID-19. Por outro lado, relataram sentir-se mais seguros e satisfeitos em participar do Programa, pois o contato telefônico, após a alta, possibilitou retirar as dúvidas existentes, e sentir-se acolhido pela instituição.

6.4. LIMITAÇÕES

Dentre as limitações deste estudo, menciona-se a dificuldade de contato telefônico com a UBS e com os pacientes. A Unidade de Saúde Modelo era a referência de três pacientes, possui vários telefones de contato; contudo, não houve sucesso no contato com o enfermeiro. O mesmo ocorreu com a unidade de Saúde Santa Marta, para onde foram realizadas inúmeras ligações, todas sem sucesso. Foi

realizado novo contato telefônico para a SMS informando a dificuldade de contato telefônico com esta unidade. Segundo o atendente, não havia o que fazer, além de insistir nas ligações.

No período analisado, houve a redução de profissionais trabalhadores nos serviços de saúde primária no município de Porto Alegre, devido a questões contratuais, mediadas por ação judicial, assim como fechamento e unificação de algumas unidades de saúde. Instalou-se, no município, um programa federal denominado Saúde na Hora para preenchimento de postos de trabalho vagos. Esta situação gerou inúmeros desconfortos de ordem física e emocional na força de trabalho do município.

Muitos pacientes relataram dificuldade para agendamento de consulta médica, pois, segundo eles, tinham poucos profissionais médicos e, em alguns casos, unidades de saúde estavam sem esse profissional. Outro dificultador foi a troca das equipes de saúde, pois os novos profissionais não os conheciam, e era preciso estabelecer novo vínculo.

O número de pacientes acompanhados esteve diretamente relacionado ao período disponibilizado para conclusão do mestrado; assim, acredita-se que ao longo do primeiro ano de implantação, os resultados poderão sofrer alterações e ajustes serão necessários. No entanto, destaca-se a relevância deste novo processo assistencial, instituído no HSF, relacionado à dispensação do clopidogrel, medicamento fundamental para o sucesso da ICP em longo prazo.

Outras limitações deste trabalho se deram em razão da pandemia do COVID-19, que reduziu bruscamente o número de pessoas que procuraram os serviços de urgência e emergência, no período entre a segunda quinzena de março até final de abril. Essa pandemia também interferiu na realização de atividade física por parte dos pacientes, tendo em vista que a principal atividade normalmente realizada pelo perfil da amostra, é a caminhada. Além disso, destaca-se a redução dos horários de atendimento da CEAF, do número de linhas de ônibus e, por fazerem parte do grupo de risco, temiam o contágio ao se deslocarem até o CEAF.

7 APLICABILIDADE

Os resultados deste estudo demonstram que um programa de acompanhamento de pacientes com SCA, submetidos à intervenção coronária percutânea, estruturado e liderado por enfermeiros, traz benefícios no que se refere à adesão à terapia medicamentosa, a satisfação do paciente, além de instrumentar o paciente para que ele seja o protagonista do seu cuidado.

O programa de acompanhamento de pacientes com SCA, submetidos à intervenção coronária percutânea, foi realizado por enfermeiros, após jornada de trabalho assistencial, sem gerar horas de trabalho, realizado de forma espontânea e colaborativa. Esse aspecto deverá ser revisto para a consolidação do Programa que contou com o apoio da direção médica e de enfermagem, o que contribuiu para o engajamento de médicos do corpo clínico, residentes e a equipe de enfermagem. Importante destacar que todos os pacientes que foram acompanhados pelos enfermeiros do programa, no momento da alta, receberam os trinta comprimidos de clopidogrel, disponibilizados pelo próprio hospital.

A abordagem do paciente e de seu familiar, durante a internação, em mais de um momento, possibilita melhor entendimento da sua doença, maiores chances de adesão à terapia medicamentosa, mudanças no estilo de vida e contribui para a identificação precoce de novos eventos isquêmicos.

Apesar das limitações, o contato telefônico com a atenção primária foi satisfatório em 76% dos casos, e o contato telefônico com os pacientes foi efetivo em 95% dos casos. O retorno dos pacientes sobre o Programa foi satisfatório, relataram a melhor compreensão sobre o infarto, assim como prevenção de novos eventos e da importância do uso correto dos medicamentos.

Estes achados, portanto, apoiam a inclusão de todos os pacientes com SCA, submetidos à ICP com SF no Programa de acompanhamento. Espera-se que este programa seja consolidado nesta instituição, por meio de estudos de viabilidade econômica, com horas de enfermeiros assistenciais e também com a possibilidade de integração da Universidade parceira por meio da integração ensino-serviço, promovendo o aprimoramento assistencial. Além do mais, intenciona-se capacitar outras equipes de diferentes instituições hospitalares para que também possam implementar programas de acompanhamento de pacientes com o perfil em questão.

Será dada continuidade ao programa através da capacitação de todos os

enfermeiros da Hemodinâmica e após será realizado a capacitação de pelo menos um enfermeiro de cada turno da unidade de internação. Serão realizadas reuniões mensais com a equipe médica e enfermeiros para discutir as sugestões de melhoria para consolidação do programa.

REFERÊNCIAS

1. Sanfélix-Gimeno G, Peiró S, Ferreros I, Pérez-Vicente R, Librero J, Catalá-López F, et al. Adherence to Evidence-Based Therapies After Acute Coronary Syndrome: A Retrospective Population-Based Cohort Study Linking Hospital, Outpatient, and Pharmacy Health Information Systems in Valencia, Spain. *J Manag Care Pharm* [Internet]. 2013;19(3):247–57. [citado em 28 ago 2018]. Disponível em: <http://www.jmcp.org/doi/10.18553/jmcp.2013.19.3.247>
2. Andrade PB de, Borges LSR. Antiplaquetários nas Síndromes Coronarianas Agudas. *Int J Cardiovasc Sci* [Internet]. 2017; 30(5): 442–51. [citado em 20 set 2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2359-56472017000500442&script=sci_abstract&tlng=pt
3. Marcolino MS, Brant LCC, Araujo JG de, Nascimento BR, Castro LR de A, Martins P, et al. Implementation of the Myocardial Infarction System of Care in City of Belo Horizonte, Brazil. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2013; 100(4): 307–14. [citado em 23 set 2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2013005000008&lng=en&nrm=iso&tlng=en
4. Chen S-Y, Crivera C, Stokes M, Boulanger L, Schein J. Clinical and economic outcomes among hospitalized patients with acute coronary syndrome: an analysis of a national representative Medicare population. *Clin Outcomes Res* [Internet]. 2013; 5:181–8. [citado em 28 ago 2018]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23662068>
5. Oliveira Jr. MT, Canesin MF, Marcolino MS, Ribeiro ALP, Carvalho ACC, Reddy S, et al. Diretriz de telecardiologia no cuidado de pacientes com síndrome coronariana aguda e outras doenças cardíacas. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2015; 104(5Supl.1):1–26. [citado em 28 ago 2018]. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2015000900001&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
6. Feres F, Costa RA, Siqueira D, Costa Jr JR, Chamié D, Staico R, et al. Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia e da Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista sobre Intervenção Coronária Percutânea. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2017;109(1Supl.1):1–81. [citado em 20 set 2018]. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2017/03_DIRETRIZ_SBHCI.asp
7. Cho MS, Park D-W. Stent thrombosis and optimal duration of dual antiplatelet

- therapy after coronary stenting in contemporary practice. *Korean J Intern Med*. [Internet]. 2017; 32:769–79. [citado em 20 set 2018]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28823143>
8. Godschalk TC, Gimbel ME, Nolet WW, van Kessel DJ, Amoroso G, Dewilde WJ, et al. A clinical risk score to identify patients at high risk of very late stent thrombosis. *J Interv Cardiol* [Internet]. 2018;31(2):159–69. [citado em 28 ago 2018]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29468725>
9. Degrauwe S, Pilgrim T, Aminian A, Noble S, Meier P, Iglesias JF. Dual antiplatelet therapy for secondary prevention of coronary artery disease. *Open Hear* [Internet]. 2017;4(2): e000651. [citado em 28 ago 2018]. Disponível em: <http://openheart.bmj.com/lookup/doi/10.1136/openhrt-2017-000651>
10. Zabawa C, Cottenet J, Zeller M, Mercier G, Rodwin VG, Cottin Y, et al. Thirty-day rehospitalizations among elderly patients with acute myocardial infarction: Impact of postdischarge ambulatory care. *Medicine* [Internet]. 2018; 97(24): e11085. [citado em 20 set 2018]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29901621>
11. Brasil. Portaria nº 2.994, de 13 de dezembro de 2011. Aprova a Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio e o Protocolo de Síndromes Coronarianas Agudas, cria e altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais. Ministério da Saúde [Internet]. 2011. 01:0. [citado em 20 set 2018]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2994_15_12_2011.html
12. Piegas LS, Timerman A, Feitosa GS, Nicolau JC, Mattos LAP, Andrade MD, et al. V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2015;2(105):1–105. [citado 21 set 2018]. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0066-782X2015003000001
13. Piegas LS, Avezum Á, Guimarães HP, Muniz AJ, Reis HJL, Santos ES dos, et al. Comportamento da Síndrome Coronariana Aguda. Resultados de um Registro Brasileiro. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2013;100(6):502–10. [citado em 21 out 2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2013000600002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e

- Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Rename 2020. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Brasília: Ministério da Saúde [Internet]. 2020; 21. [citado em 01 julho 2020]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/rename>
15. Makki N, Brennan TM, Girotra S. Acute Coronary Syndrome. *J Intensive Care Med* [Internet]. 2015;30(4):186-200. [citado em 21 out 2018]. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0885066613503294>
16. Linch, GF da C, Guido L de A, Fantin S de S. Enfermeiros de unidades de hemodinâmica do Rio Grande do Sul: perfil e satisfação profissional. *Texto & contexto enferm.* [Internet]. 2010;19(3): 488-95. [citado 24 mar 2019]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072010000300010&script=sci_abstract&tlng=pt
17. World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs). World Health Organization [Internet]. 2017 [citado em 21 out 2018]. Disponível em: [http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
18. DATASUS. Epidemiológicas e Morbidade: Morbidade Hospitalar do SUS (SIH/SUS) Ministério da Saúde [Internet]. 2016 [citado em 21 out 2018]. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/>
19. Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, Chaitman BR, Bax JJ, Morrow DA, et al. Fourth Universal Definition of Myocardial Infarction (2018). *J Am Coll Cardiol* [Internet]. 2018;72(18):2231–64. [citado em 31 mar 2019]. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0735109718369419>
20. Ferreira ARPA, Silva MV da S, Maciel J. Eletrocardiograma no Infarto Agudo do Miocárdio: O que Esperar? *Int J Cardiovasc Sci* [Internet]. 2016; 29(3):198-209. [citado em 21 out 2018]. Disponível em: <http://www.onlineijcs.org/sumario/29/pdf/v29n3a07.pdf>
21. Anderson JL, Morrow DA. Acute Myocardial Infarction. *N Engl J Med* [Internet]. 2017;376(21):2053-64. [citado em 21 out 2018]. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMra1606915>
22. Douglas G, Channon KM. The pathogenesis of atherosclerosis. *Medicine* [Internet]. 2014; 42(9):480-4. [citado em 24 out 2018]. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1357303914001893>
23. Nicolau JC, Timerman A, Marin-Neto JA, Piegas LS, Barbosa CJDG, Franci A,

- etal. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST (II Edição, 2007) – Atualização 2013/2014. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2014; 102(3): 1–61. [citado em 21 out 2018]. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2014/Diretriz_de_IAM.asp
24. Makki N, Brennan TM, Girotra S. Acute Coronary Syndrome. *J Intensive Care Med* [Internet]. 2015;30(4):186–200. [citado em 21 out 2018]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24047692>
25. Henderson RA, Varcoe RW. Ischaemic heart disease: management of non-ST elevation acute coronary syndrome. *Medicine* [Internet]. 2018; 46(9): 533-39. [citado em 31 mar 2019]. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1357303918301476>
26. Granger CB, Goldberg RJ, Dabbous O, Pieper KS, Eagle KA, Cannon CP, Pieper KS, Eagle KA, Cannon CP, et al. Predictors of Hospital Mortality in the Global Registry of Acute Coronary Events. *Arch Intern Med* [Internet]. 2003; 163(19): 2345-2353. [citado em 31 mar 2019]. Disponível em: <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archinte.163.19.2345>
27. Faridi KF, Peterson ED, McCoy LA, Thomas L, Enriquez J, Wang TY. Timing of First Postdischarge Follow-up and Medication Adherence After Acute Myocardial Infarction. *JAMA Cardiol* [Internet] 2016;1(2):147. [citado em 28 ago 2018]. Disponível em: <http://cardiology.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jamacardio.2016.0001>
28. Silva FMF, Pesaro AEP, Franken M, Wajngarten M. Tratamento atual da síndrome coronária aguda sem supradesnivelamento do segmento ST. *Einstein* [Internet]. 2015; 13(3):454–61. [citado 21 out 2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1679-45082015000300454&script=sci_arttext&tIng=pt
29. Ibanez B, James S, Agewall S, Antunes MJ, Bucciarelli-Ducci C, Bueno H, et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* [Internet]. 2018;39(2):119–77. [citado em 24 out 2018]. Disponível em: <https://academic.oup.com/eurheartj/article/39/2/119/4095042>

30. Goss F, Brachmann J, Hamm CW, Haerer W, Reifart N, Levenson B. High adherence to therapy and low cardiac mortality and morbidity in patients after acute coronary syndrome systematically managed by office-based cardiologists in Germany: 1-year outcomes of the ProAcor Study. *Vasc Health Risk Manag* [Internet]. 2017; 13:127-37. [citado em 23 set 2018]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28435280>
31. Shuvy M, Atar D, Steg PG, Halvorsen S, Jolly S, Yusuf S, et al. Oxygen therapy in acute coronary syndrome: are the benefits worth the risk? *Eur Heart J* [Internet]. 2013; 34(22):1630-5. [citado em 31 mar 2019]. Disponível em: <https://academic.oup.com/eurheartj/article-lookup/doi/10.1093/eurheartj/eh110>
32. Verdoia M, Khedi E, Ceccon C, Suryapranata H, De Luca G. Duration of dual antiplatelet therapy and outcome in patients with acute coronary syndrome undergoing percutaneous revascularization: A meta-analysis of 11 randomized trials. *Int J Cardiol* [Internet]. 2018; 264:30-8. [citado em 28 ago 2018]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29776573>
33. Baber U, Mehran R, Giustino G, Cohen DJ, Henry TD, Sartori S, et al. Coronary Thrombosis and Major Bleeding After PCI With Drug-Eluting Stents: Risk Scores From PARIS. *J Am Coll Cardiol* [Internet]. 2016; 67(19):2224-34. [citado em 23 set 2018]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27079334>
34. Wolf A, Vella R, Fors A. The impact of person-centred care on patients' care experiences in relation to educational level after acute coronary syndrome: secondary outcome analysis of a randomised controlled trial. *Eur J Cardiovasc Nurs* [Internet]. 2019;18(4):299-308. [citado em 31 mar 2019]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30652920>
35. Simão AF, Precoma DB, Andrade JP, Correa Filho H, Saraiva JFK, Oliveira GMM MA, et al. I Diretriz brasileira de prevenção cardiovascular. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2013;101(6):1-63. [citado em 25 out 2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2013004500001
36. Teixeira BC, Lopes AL, Macedo RCO, Correa CS, Ramis TR, Ribeiro JL, et al. Marcadores inflamatórios, função endotelial e riscos cardiovasculares. *J Vasc Bras* [Internet]. 2014;13(2):108-15. [citado em 31 mar 2019]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-54492014000200108&lng=en&tlng=en
37. Rich MW. Secondary prevention of cardiovascular disease in older adults. *Prog*

Cardiovasc Dis [Internet]. 2014;57(2):168-75. [citado em 03 nov 2018]. Disponível em:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25216616>

38. Bansilal S, Castellano JM, Fuster V. Global burden of CVD: focus on secondary prevention of cardiovascular disease. Int J Cardiol [Internet]. 2015;201:S1–7. [citado em 03 nov 2018]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26747389>

39. Karunathilake SP, Ganegoda GU. Secondary Prevention of Cardiovascular Diseases and Application of Technology for Early Diagnosis. Biomed Res Int [Internet]. 2018; 01-09. [citado em 25 out 2018]. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2018/5767864/>

40. Jones R, Arps K, Davis DM, Blumenthal RS, Martin SS. Clinician Guide to the ABCs of Primary and Secondary Prevention of Atherosclerotic Cardiovascular Disease. J. Am. Coll. Cardiol [Internet]. 2018. [citado 9 abr 2019]. Disponível em: <https://www.acc.org/latest-in-cardiology/articles/2018/03/30/18/34/clinician-guide-to-the-abcs>

41. Arnett DK, Blumenthal RS, Albert MA, Buroker AB, Goldberger ZD, Hahn EJ, et al. 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol [Internet]. 2019; 01-101. [citado em 26 mar 2019]. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S073510971933877X>

42. La Sala R, Foà C, Paoli G, Mattioli M, Solinas E, Artioli G, et al. Multi-dimensional nursing form: a novel means of approaching nurse-led secondary cardiology prevention. Acta Biomed [Internet]. 2015; 86 Suppl 3:174-82. [citado em 23 set 2018]. Disponível em:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26828335>

43. Cestari VRF, Florêncio RS, Moreira TMM, Pessoa VLM de P, Barbosa IV, Lima FET, et al. Competências do enfermeiro na promoção da saúde de indivíduos com cardiopatias crônicas. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016; 69(6): 1195–203. [citado em 28 de ago 2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000601195&lng=pt&tlng=pt

44. Arnold S V, Spertus JA, Masoudi FA, Daugherty SL, Maddox TM, Li Y, et al. Beyond Medication Prescription as Performance Measures: Optimal Secondary Prevention Medication Dosing After Acute Myocardial Infarction. J Am Coll Cardiol [Internet]. 2013; 62(19):1791–801. [citado em 23 set 2018]. Disponível em:

- <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109713037881?via%3Dihub>
45. Amann U, Kirchberger I, Heier M, Thilo C, Kuch B, Meisinger C. Medication use in long-term survivors from the MONICA/KORA Myocardial Infarction Registry. *Eur J Intern Med* [Internet]. 2018; 47:62-8. [citado em 23 set 2018]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28826823>
46. Hess CN, Shah BR, Peng SA, Thomas L, Roe MT, Peterson ED. Association of early physician follow-up and 30-day readmission after non-ST-segment-elevation myocardial infarction among older patients. *Circulation* [Internet]. 2013; 128(11):1206-13. [citado em 28 ago 2018]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23946265>
47. Kripalani S, Theobald CN, Anctil B, Vasilevskis EE. Reducing hospital readmission rates: current strategies and future directions. *Annu Rev Med* [Internet]. 2014;65:471–85. [citado em 23 set 2018]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24160939>
48. Chidester JP, Keeley EC. Comparison of 1, 2, and 6-Month Readmission Rates in Patients With Acute Myocardial Infarction Directly Admitted to Hospital Versus Transferred From Another Hospital to an Academic Medical Center. *Am J Cardiol* [Internet]. 2017;120(3):347-51. [citado em 23 set 2018]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28576268>
49. Souza EN de. Atuação de enfermeiros face às doenças cardiovasculares em um novo ecossistema de saúde. *J Heal NPEPS* [Internet]. 2017;2(2):298–301. [citado em 30 set 2018]. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/2654/2129>
50. Barros ALBL de, Cavalcante AMRZ, Barros ALBL de, Cavalcante AMRZ. Nursing in cardiology: state of the art and frontiers of knowledge. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017; 70(3):451-2. [citado em 30 set 2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000300451&lng=en&tlng=en
51. Bryant-Lukosius D, Valaitis R, Martin-Misener R, Donald F, Peña LM, Brousseau L. Advanced Practice Nursing: A Strategy for Achieving Universal Health Coverage and Universal Access to Health. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2017; 25:e2826. [citado em 30 set 2018]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28146177>
52. Lanuza DM, Davidson PM, Dunbar SB, Hughe S, Geest S de. Preparing Nurses

- for Leadership Roles in Cardiovascular Disease Prevention. *J Cardiovasc Nurs* [Internet]. 2011; 26(4S):S56–63. [citado em 23 set 2018]. Disponível em: https://www.nursingcenter.com/pdfjournal?AID=1211776&an=00005082-201107001-00009&Journal_ID=54006&Issue_ID=1211735
53. La Sala R, Dicembrino RB, Dall'Argine S, Gazzotti L, Gubin E, Rondini A, et al. Nurse training in self-management of patients with cardiovascular diseases: a multicentre observational study. *Acta Bio Medica Atenei Parm* [Internet]. 2017; 88(5-S):22-30. [citado em 30 set 2018]. Disponível em: <http://mattioli1885journals.com/index.php/actabiomedica/article/view/6882>
54. Wijngaart LSVD, Sieben A, Vlugt MVD, Leeuw FE de, Bredie SJH. A Nurse-Led Multidisciplinary Intervention to Improve Cardiovascular Disease Profile of Patients. *West J Nurs Res* [Internet]. 2015;37(6):705-23. [citado em 27 mar 2019]. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0193945914533427>
55. World Health Organization. HEARTS Technical Package: Technical package for cardiovascular disease management in primary health care. WHO library. [Internet]. 2016. [citado em 27 março 2019]. Disponível em: https://www.who.int/cardiovascular_diseases/hearts/en/
56. World Health Organization. Triple Impact – how developing nursing will improve health, promote gender equality and support economic growth. [Internet]. 2016. [citado 26 mar 2019]. Disponível em: <https://www.who.int/hrh/com-heeg/triple-impact-appg/en/>
57. Cajanding RJ. Effects of a Structured Discharge Planning Program on Perceived Functional Status, Cardiac Self-efficacy, Patient Satisfaction, and Unexpected Hospital Revisits Among Filipino Cardiac Patients: A Randomized Controlled Study. *J Cardiovasc Nurs* [Internet]. 2017; 32(1):67-77. [citado em 04 nov 2018]. Disponível em: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=26544173>
58. Lacerda DP, Dresch A, Proença A, Júnior JAVA. Design Science Research: método de pesquisa para a engenharia de produção. *Gest. Prod., São Carlos* [Internet]. 2013;20(4):741-61. [citado 01 abr 2019]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-530X2013000400001
59. Dresch A; Lacerda DP; Junior JAVA. Design Science Research: Método de pesquisa para avanço da ciência e tecnologia. Porto Alegre: Bookman; 2015.
60. Peffers K, Tuunanen T, Rothenberger MA, Chatterjee S. A Design Science Research Methodology for Information Systems Research. *J Manag Inf Syst* [Internet].

2007; 24(3):45-77. [citado em 07 abr 2019]. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.2753/MIS0742-1222240302>

61. Silva RB da, Castro CM de, Moehlecke BPI Castilho LJC de. Perfil dos pacientes com síndromes coronarianas agudas em um hospital da Região Sul do Brasil. *Rev Soc Bras Clin* [Internet]. 2016; 14(1):33-7. [citado em 07 abr 2019]. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-18>

62. Wakefield MK. Nurse leadership in global health: New opportunities, important priorities. *Int J Nurs Sci* [Internet]. 2018; 5(1):6-9. [citado em 07 abr 2019]. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352013217304192>

63. Perrone E, Lenzi J, Avaldi VM, Castaldini I, Protonotari A, Rucci P, et al. Determinanti organizzativi e assistenziali dell'aderenza alle terapie di prevenzione secondaria nei pazienti con infarto miocardico acuto. *Epidemiol Prev* [Internet]. 2015;39(2):106-14. [citado em 23 set 2018]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26036739>

64. Bryant-Lukosius D, Valaitis R, Martin-Misener R, Donald F, Morán Peña L, Brousseau L. Enfermagem com prática avançada: uma estratégia para atingir cobertura universal de saúde e acesso universal à saúde. *Rev Latino-Am Enferm* [Internet]. 2017; 25:e2826. [citado em 07 abr 2019]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100301

65. Anderson L, Brown JP, Clark AM, et al. Patient education in the management of coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev*. [Internet]. 2017; 6(6):CD008895. [citado em 15 maio 2020]. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008895.pub3/full>

66. Vílchez-Barboza V, Paravic Klijn T, Salazar A, Sáez Carrillo K. Eficácia de uma intervenção personalizada de aconselhamento em enfermagem, presencial e telefônica, para fatores de risco cardiovascular: ensaio clínico controlado. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2016; 24:e2747. [citado em 01 junho 2020]. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-1169201600010035769

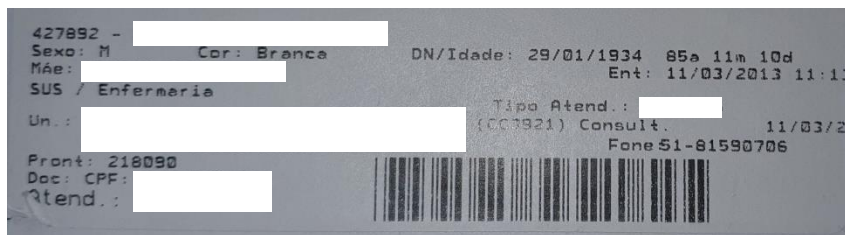
67. Souza EN. Atuação de enfermeiros face às doenças cardiovasculares em um Novo ecossistema de saúde. *Journal Health NPEPS*. [Internet]. 2017; 2(2):298-301.[citado em 15 maio 2020]. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/2654>

68. Frederiksen HW, Zwisler AD, Johnsen SP, Öztürk B, Lindhardt T, Norredam M. Education of Migrant and Nonmigrant Patients Is Associated With Initiation and Discontinuation of Preventive Medications for Acute Coronary Syndrome. *J Am Heart Assoc.* [Internet]. 2019; 8(11):e009528. [citado em 15 maio 2020]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6585379/>
69. Brasil. Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002. Sistemas estaduais de urgência e emergência - Regulamento técnico. Ministério da Saúde. [Internet]. 2011. 01:0. [citado em 01 jun 2020]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html

APÊNDICES

APÊNDICE A

Instrumento de caracterização sociodemográfica e clínica



Data do procedimento: _____ / _____ /20____ Data de alta hospitalar: _____ / _____ /2020.

Telefone de contato: _____

Peso: _____ kg Altura: _____ cm

Endereço: _____

Bairro: _____ Município: _____

UBS: _____ Data da ligação: _____ / _____ /2020

Telefone da UBS: _____

Enfermeiro da UBS: _____ Quantas tentativas: _____

Contato com a UBS: Solicitar pelo enfermeiro, apresentar-se, como por exemplo, meu nome é xx sou enfermeira da Santa Casa do Hospital São Francisco iniciamos um programa de acompanhamento de pacientes com SCA pós-implante de stent. Gostaria de saber se o paciente xx mora na rua xx é da sua área de atuação. Por fim, verificar a possibilidade/sugerir a visita para acompanhamento/consulta com enfermeiro ou médico deste paciente, reforçar a importância do uso da aspirina mais o clopidogrel. Este medicamento é essencial para que não ocorra um novo infarto.

Doenças progressas: HAS () Tabagismo ativo() DM() DSLP() ACFA() DPOC()

HIPO/Hipertireoidismo() IRC () Obesidade ()

Diagnóstico médico: SCACSST () SCASSST - IAMSST () SCASSST- AI ()

Procedência: Emergência () Hemodinâmica () Outros () _____

Medicamentos prescritos no receituário da alta hospitalar (cópia do receituário):

Acompanhamento 30 dias (cinco dias antes ou depois) Marcar com a letra x conforme a resposta do paciente	Sim	Não
Data da ligação: _____/_____/2020 Quantas tentativas: _____		
Paciente está vivo? Se não, óbito ocorreu em qual dia _____/_____/2020.		
Motivo do óbito conforme o atestado de óbito: _____		
Você precisou procurar algum serviço de emergência?		
Se sim, qual hospital? _____ Quando ocorreu? ____/____2020. Qual o motivo? _____		
Você precisou internar novamente depois que teve alta da Santa Casa?		
Se sim, qual hospital? _____ Quando ocorreu? ____/____2020. Qual o motivo? _____		
Você está tomando os medicamentos que o médico receitou na alta hospitalar?		
Se sim, quais são os medicamentos? _____ _____		
Qual a frequência de cada medicamento? _____		
Você precisa de apoio familiar para lembrar-se de tomar os medicamentos?		
Se sim, qual familiar? _____		
Você conseguiu retirar os medicamentos na farmácia da UBS?		
Se não, por quê? _____		
Você já foi à farmácia especial do estado retirar o medicamento clopidogrel?		
Se não, por quê? _____		
Você se já recebeu a visita e/ou ligação do profissional da atenção primária em saúde ou já foi consultar no posto de saúde?		
Se não, por quê? _____		

APÊNDICE C

Recomendações de cuidados após o infarto agudo do miocárdio

O infarto agudo do miocárdio ocorre quando o fluxo de sangue para o coração é interrompido parcial ou totalmente. O coração passa a não receber sangue e oxigênio em quantidades suficientes para manter a sua atividade. É comum, após a alta hospitalar, que a pessoa que sofreu um infarto e sua família apresentem dúvidas em relação à retomada das atividades cotidianas. Por isso, elaboramos este material para ajudá-lo a voltar a vida diária.

Atividade física: Após a alta hospitalar, já em casa, você deve iniciar com atividades leves como, por exemplo, caminhadas em lugares calmos e planos, aumentando-as gradativamente. A caminhada é um ótimo exercício, pois você pode realizar na rua, em parques ou na academia. Exercícios físicos devem ser realizados entre três a cinco vezes por semana, podendo ser intercalados, dando preferência a atividades aeróbicas como, por exemplo (caminhadas, corridas lentas, dança, ciclismo). O início deve ser com 10 e 15 minutos de aquecimento (alongamento), seguidos dos exercícios com duração de 20 a 60 minutos e, por fim, ir diminuindo o ritmo do exercício, realizando caminhadas leves ou alongamentos nos 10 a 15 minutos finais.

Dieta equilibrada: Recomenda-se uma dieta rica em frutas, verduras, carnes magras e carboidratos integrais como arroz, pães e massas que são de baixo índice glicêmico. O consumo de açúcar, sal e gorduras em excesso são prejudiciais ao coração.

Consumo de bebidas alcoólicas: Você deve ter cautela ao ingerir a bebida alcoólica, pois o álcool é metabolizado pelo fígado. Alguns medicamentos também são metabolizados no fígado, assim você poderá sobrecarregá-lo. O consumo excessivo de álcool causa uma série de inflamações no organismo, prejudicando o funcionamento adequado do coração.

Obesidade: Controle o seu peso e o acúmulo de gordura na cintura. Mantenha-se próximo do seu peso ideal. Para obter redução de peso, oriente-se a reeducação alimentar, a redução de consumo de açúcares e carboidratos simples associados a atividades físicas. A orientação profissional de uma nutricionista poderá ajudá-lo, assim como um educador físico.

Tabagismo: A nicotina (componente do cigarro) é um dos mais agressivos fatores de risco para as doenças cardiovasculares. Recomenda-se o abandono do tabagismo, pois o cigarro, em conjunto com outros fatores, pode aumentar o risco de novo infarto e aumentar a mortalidade em até 50%.

Hipertensão Arterial (pressão alta): Tome os seus medicamentos regularmente, pois em conjunto mantém seus níveis de pressão arterial adequados. Cuide o consumo de sal na hora de temperar a comida e reduza o consumo de enlatados e alimentos em conserva. Opte pelo sal light, ervas aromáticas, como salsa, cebolinha, coentro, alecrim, orégano, manjerição,

sálvia, louro e tomilho; elas ajudam a temperar as suas refeições. Além disso, a prática de exercícios físicos regulares pode auxiliar na redução da pressão arterial.

Estresse: Após o infarto, você deve procurar evitar situações estressantes, pois o estresse, associado a outros fatores, pode aumentar o risco de infarto. Procure atividades que auxiliem na redução dos níveis de estresse, como a meditação, práticas de mindfulness (foco no momento presente) e a prática de alguma atividade física junto à natureza.

Atividade sexual: Você poderá retomar a atividade sexual após a alta hospitalar. Esta atividade também é considerada um tipo de exercício físico de intensidade moderada. A medicação não deve ser interrompida por receio de que os remédios afetem o desempenho sexual e lembre-se de não tomar medicamentos sem prescrição médica.

Direção automobilística: Recomenda-se voltar a dirigir somente após um mês, evitando o trânsito congestionado e trajetos longos.

Retorno ao trabalho: Dependerá do tipo de atividade laboral que você executa, de como você vai estar após a alta hospitalar e da avaliação médica.

COMO RECONHECER O INFARTO

Nem sempre ele inicia com dor forte no peito, os sintomas podem ser mais leves e não tão claros. Por isso, é importante conhecer os sinais e sintomas de infarto como, por exemplo, dor intensa no centro do peito, do tipo em aperto, que vai e volta ou tem tempo maior que alguns minutos; dor intensa que irradia para a mandíbula ou pescoço, para um dos braços (geralmente o esquerdo) ou ambos, região das costas e/ou estômago (dor na “boca” do estômago); poderá ter falta de ar, tontura/vertigem, indigestão e/ou vontade de vomitar e/ou acompanhado de suor excessivo.

CUIDE DA SUA SAÚDE! Adote bons hábitos de vida, pratique exercícios físicos regularmente, escolha uma alimentação balanceada e abandone o cigarro. Tome seus medicamentos regularmente. Faça revisões de saúde periódicas.

Ao sinal de um novo infarto, procure uma emergência hospitalar ou ligue para a **SAMU 192**.

Para saber mais acesse:

<http://www.coracao.org.br/blog/10-dicas-doencas-isquemicas.html>

<https://www.youtube.com/user/coracaoalerta>

APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DESENVOLVIMENTO E IMPLANTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES COM SÍNDROME CORONARIANA AGUDA; Data: 20/08/2019; Versão: 01

O Ministério da Saúde, por meio da Linha do Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), assegura a distribuição do medicamento clopidogrel (medicamento usado para prevenir episódios de angina recorrente ou infarto) para todos os pacientes atendidos em hospitais da rede pública, que pode ser entregue tanto no hospital quanto em serviço de atenção farmacêutica especializada no SUS, conhecido como, Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF).

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada **DESENVOLVIMENTO E IMPLANTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES COM SÍNDROME CORONARIANA AGUDA**. Esta pesquisa tem como objetivo desenvolver e implantar um programa de acompanhamento de pacientes com Síndrome Coronariana Aguda (infarto do miocárdio) em um hospital cadastrado na Linha de Cuidado do IAM.

Caso você concorde em participar deste projeto, você será acompanhado durante a internação por enfermeiros com experiência na área da cardiologia, e receberá orientações relacionadas ao infarto como, por exemplo, cuidados pós-alta hospitalar e adesão à terapia medicamentosa. Após a alta hospitalar, será realizado contato telefônico em até trinta dias, para acompanhamento da adesão à terapia medicamentosa, especialmente quanto ao clopidogrel e também se houve reinternação hospitalar ou busca por serviço de emergência.

Dentre os benefícios deste estudo está a qualificação da assistência prestada ao paciente acometido por infarto agudo do miocárdio pós-intervenção coronária percutânea, com implante de stent, além da melhoria no que se refere à entrega de um medicamento essencial para o tratamento do infarto do miocárdio. Este projeto não oferece riscos. Todas as informações obtidas neste estudo serão utilizadas unicamente para fins científicos, conforme a resolução nº466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde Brasileiro, seus dados de identificação serão confidenciais, havendo garantia de sigilo e privacidade.

O Sr.(a) não terá nenhum tipo de despesa ao participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação. Você poderá não participar desta pesquisa ou caso não deseje mais participar desta pesquisa, não ocorrerá prejuízo ao seu tratamento.

Antes de sua participação neste estudo, é preciso esclarecer alguns detalhes importantes, para que possíveis dúvidas sejam resolvidas. Para casos de eventos adversos (telefone 24h) prof.^o responsável pelo projeto, Dr^o Emiliane Nogueira de Souza, responsável pelo estudo, através do contato telefônico (51) 33038858 ou dúvidas; **Comitê de Ética em Pesquisa da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre – sob coordenação Dr. Claudio Stadnik, telefone 3214.8571 , Endereço: Av. Independência, 155 – 6º andar- Hospital Dom Vicente Scherer - POA/RS** – para questões sobre a pesquisa e sobre os direitos dos pacientes envolvidos ou sobre problemas decorrentes da pesquisa.

Ao assinar abaixo, você confirma que leu as afirmações contidas neste termo de consentimento, que foram explicados os procedimentos do estudo, que teve a oportunidade de fazer perguntas, que está satisfeito com as explicações fornecidas e que decidiu participar voluntariamente deste estudo. Uma via será entregue a você e outra será arquivada pelo investigador principal.

Nome do Sujeito de Pesquisa (letra de forma)	Data
Assinatura do Sujeito de Pesquisa	
Nome do Representante Legal (letra de forma)	Data
Assinatura do Representante Legal	
Nome do Pesquisador (letra de forma)	Data
Assinatura e Carimbo do Pesquisado	

ANEXOS

ANEXO 01

Portaria nº 2.994, de 13 de dezembro de 2011

01/09/2018

Ministério da Saúde

ADVERTÊNCIA

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União



Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro

PORTARIA Nº 2.994, DE 13 DE DEZEMBRO DE 2011

Aprova a Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio e o Protocolo de Síndromes Coronarianas Agudas, cria e altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando que as doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbidade, incapacidade e morte no mundo e no Brasil;

Considerando a alta prevalência da Síndrome Coronariana Aguda (SCA) e sua importância como causa de morbidade e mortalidade no Brasil e no mundo;

Considerando a necessidade de uma ação integrada para reduzir a ocorrência das doenças cardiovasculares, bem como a necessidade de padronizar o tratamento da SCA no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Portaria nº 1.600/GM/MS, de 07 de julho de 2011 que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e a implementação da Rede de Atenção às Urgências;

Considerando a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que prioriza a organização e implementação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no país;

Considerando a instituição da Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) como prioritária e componente de atenção na Rede de Atenção às Urgências; e

Considerando a necessidade de aprimorar os mecanismos de regulação, controle e avaliação da assistência aos portadores de doença cardiovascular, resolve:

Art. 1º Aprovar a Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e do Protocolo Clínico sobre Síndromes Coronarianas Agudas (SCA).

Parágrafo único. A Linha de Cuidado do IAM e o Protocolo Clínico sobre SCA de que trata este artigo encontram-se disponíveis no endereço eletrônico www.saude.gov.br/sas

Art. 2º Incluir na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS os seguintes procedimentos:

Procedimento	06.03.05.004-2 - ALTEPLASE 10MG INJETÁVEL (POR FRASCO AMPOLA).
Descrição	Consiste na terapia medicamentosa na qual a glicoproteína ativa o plasminogênio tecidual diretamente para plasmina. Quando ligada à fibrina induz a conversão de plasminogênio em plasmina, promovendo a dissolução da fibrina do coágulo.
Modalidade	02 - Hospitalar
Instrumento de Registro	04- AIH Procedimento especial.
Complexidade	MC - Média Complexidade
Tipo de Financiamento	06 - Média e Alta Complexidade (MAC).
Valor Ambulatorial SA	R\$0,00
Valor Ambulatorial Total	R\$ 0,00
Valor Hospitalar SP	R\$ 0,00
Valor Hospitalar SH	R\$ 167,00
Valor Hospitalar Total	R\$ 167,00

01/09/2018

Ministério da Saúde

Sexo	Ambos
Idade Mínima	00
Idade Máxima	110
Quantidade Máxima	01
CID Principal	I200, I201, I208, I209, I210, I20, I21, I22, I24, I25, I50, I51, I52, I070, I071, I072, I079, I080, I081, I082, I34, I35, I36, I37, I39, Q23, Q24, Q25, Q26, Q27, Q28.
CBO	2234-05
Serviço/Classificação	125 - Serviço de Farmácia - 006 - Farmácia Hospitalar

Procedimento	06.03.05.005-0 ALTEPLASE 20MG INJETÁVEL (POR FRASCO AMPOLA).
Descrição	Consiste na terapia medicamentosa na qual a lico proteína ativa o plasminogênio tecidual diretamente para plasmina. Quando ligada à fibrina induz a conversão de plasminogênio em plasmina, promovendo a dissolução da fibrina do coágulo.
Modalidade	02 - Hospitalar
Instrumento de Registro	04- AIH Procedimento especial.
Complexidade	MC - Média Complexidade
Tipo de Financiamento	06 - Média e Alta Complexidade (MAC).
Valor Ambulatorial SA	R\$0,00
Valor Ambulatorial Total	R\$ 0,00
Valor Hospitalar SP	R\$ 0,00
Valor Hospitalar SH	R\$ 334,00
Valor Hospitalar Total	R\$ 334,00
Sexo	Ambos
Idade Mínima	00
Idade Máxima	110
Quantidade Máxima	012
CID Principal	I20.0, I201, I208, I209, I210, I20, I21, I22, I24, I25, I50, I51, I52, I070, I071, I072, I079, I080, I081, I082, I34, I35, I36, I37, I39, Q23, Q24, Q25, Q26, Q27, Q28.
CBO	2234-05
Serviço/Classificação	125 - Serviço de Farmácia - 006 - Farmácia Hospitalar

Procedimento	06.03.05.006-9-ALTEPLASE INJETÁVEL 50MG (POR FRASCO AMPOLA).
Descrição	Consiste na terapia medicamentosa na qual a glicoproteína ativa o plasminogênio tecidual diretamente para plasmina. Quando ligada à fibrina induz a conversão de plasminogênio em plasmina, promovendo a dissolução da fibrina do coágulo.
Modalidade	02 - Hospitalar
Instrumento de Registro	04- AIH Procedimento especial.
Complexidade	MC - Média Complexidade
Tipo de Financiamento	06 - Média e Alta Complexidade (MAC).
Valor Ambulatorial SA	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial Total	R\$ 0,00
Valor Hospitalar SP	R\$ 0,00
Valor Hospitalar SH	R\$ 501,00
Valor Hospitalar Total	R\$ 501,00

01/09/2018

Ministério da Saúde

Sexo	Ambos
Idade Mínima	00
Idade Máxima	110
Quantidade Máxima	01
CID Principal	I200, I201, I208, I209, I210, I20, I21, I22, I24, I25, I50, I51, I52, I070, I071, I072, I079, I080, I081, I082, I34, I35, I36, I37, I39, Q23, Q24, Q25, Q26, Q27, Q28.
CBO	2234-05
Serviço/Classificação	125 - Serviço de Farmácia - 006 - Farmácia Hospitalar

Procedimento	06.03.05.007-7-TENECTEPLASE - TNK 30MG INJETÁVEL (POR FRASCO AMPOLA)
Descrição	Consiste na terapia medicamentosa utilizada no IAM estimulando a dissolução de coágulos, restaurando o fluxo de sangue para o coração.
Modalidade	02 - Hospitalar
Instrumento de Registro	04- AIH Procedimento especial.
Complexidade	MC - Média Complexidade
Tipo de Financiamento	06 - Média e Alta Complexidade (MAC).
Valor Ambulatorial SA	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial Total	R\$ 0,00
Valor Hospitalar SP	R\$ 0,00
Valor Hospitalar SH	R\$ 1.358,00
Valor Hospitalar Total	R\$ 1.358,00
Sexo	Ambos
Idade Mínima	00
Idade Máxima	110
Quantidade Máxima	01
CID Principal	I20.0, I21, I22, I24, I25, I50, I51, I52, I070, I071, I072, I079, I080, I081, I082, I34, I35, I36, I37, I39, Q23, Q24, Q25, Q26, Q27, Q28.
CBO	2234-05
Serviço/Classificação	125 - Serviço de Farmácia - 006 - Farmácia Hospitalar

Procedimento	06.03.05.008-5 TENECTEPLASE - TNK 40MG INJETÁVEL (PORFRASCO AMPOLA)
Descrição	Consiste na terapia medicamentosa utilizada no IAM estimulando a dissolução de coágulos, restaurando o fluxo de sangue para o coração.
Modalidade	02 - Hospitalar
Instrumento de Registro	04- AIH Procedimento especial
Complexidade	MC - Média Complexidade
Tipo de Financiamento	06 - Média e Alta Complexidade (MAC)
Valor Ambulatorial SA	R\$0,00
Valor Ambulatorial Total	R\$0,00
Valor Hospitalar SP	R\$0,00
Valor Hospitalar SH	R\$1.810,00
Valor Hospitalar Total	R\$1.810,00
Sexo	Ambos
Idade Mínima	00
Idade Máxima	110

01/09/2018

Ministério da Saúde

Quantidade Máxima	01
CID Principal	I20.0, I21, I22, I24, I25, I50, I51, I52, I070, I071, I072, I079, I080, I081, I082, I34, I35, I36, I37, I39, Q23, Q24, Q25, Q26, Q27, Q28.
CBO	2234-05
Serviço/Classificação	125 - Serviço de Farmácia - 006 - Farmácia Hospitalar

Procedimento	06.03.05.009-3-TENECTEPLASE - TNK 50MG INJETÁVEL (POR FRASCO AMPOLA)
Descrição	Consiste na terapia medicamentosa utilizada no IAM estimulando a dissolução de coágulos, restaurando o fluxo de sangue para o coração.
Modalidade	02 - Hospitalar
Instrumento de Registro	04- AIH Procedimento especial.
Complexidade	MC - Média Complexidade
Tipo de Financiamento	06 - Média e Alta Complexidade (MAC).
Valor Ambulatorial SA	R\$0,00
Valor Ambulatorial Total	R\$0,00
Valor Hospitalar SP	R\$0,00
Valor Hospitalar SH	R\$ 2.253,00
Valor Hospitalar Total	R\$ 2.253,00
Sexo	Ambos
Idade Mínima	00
Idade Máxima	110
Quantidade Máxima	01
CID Principal	I20, I21, I22, I24, I25, I50, I51, I52, I070, I071, I072, I079, I080, I081, I082, I34, I35, I36, I37, I39, Q23, Q24, Q25, Q26, Q27, Q28.
CBO	2234-05
Serviço/Classificação	125 - Serviço de Farmácia - 006 - Farmácia Hospitalar.

Procedimento	06.03.05.010-7 - CLOPIDOGREL 75MG - COMPRIMIDO
Descrição	Inibidor da agregação plaquetária usado como profilaxia de trombozes emprétese intraluminal, no tratamento clínico de paciente submetido à angioplastia coronariana. Diante da necessidade de continuação do tratamento, o estabelecimento hospitalar deverá entregar no dia da alta 30 (trinta) comprimidos ao paciente.
Modalidade	02 - Hospitalar
Instrumento de Registro	04- AIH Procedimento especial.
Complexidade	MC - Média Complexidade
Tipo de Financiamento	06 - Média e Alta Complexidade (MAC).
Valor Ambulatorial SA	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial Total	R\$ 0,00
Valor Hospitalar SP	R\$ 0,00
Valor Hospitalar SH	R\$ 0,50
Valor Hospitalar Total	R\$ 0,50
Sexo	Ambos
Idade Mínima	00
Idade Máxima	110
Quantidade Máxima	40

01/09/2018

Ministério da Saúde

CID Principal	I20, I21, I22, I24, I25, I50, I51, I52, I70, I71, I72, I79, I80, I81, I82, I34, I35, I36, I37, I39, Q23, Q24, Q25, Q26, Q27, Q28
CBO	2234-05
Serviço/Classificação	125 - Serviço de Farmácia - 006 - Farmácia Hospitalar

Procedimento	02.02.03.120-9 - DOSAGEM DE TROPONINA.
Descrição	Consiste na realização do exame para detectar a existência de lesão cardíaca branda e grave no diagnóstico do IAM, distinguindo da dor torácica resultante de outras causas.
Modalidade	01 - Ambulatorial - 02 - Hospitalar, 03- Hospital-dia.
Instrumento de Registro	02- BPAI-Individualizado, 04- AIH Proc. Especial.
Complexidade	Média Complexidade
Tipo de Financiamento	Média e Alta Complexidade (MAC).
Valor Ambulatorial SA	R\$ 9,00
Valor Ambulatorial Total	R\$ 9,00
Valor Hospitalar SP	R\$ 0,00
Valor Hospitalar SH	R\$ 9,00
Valor Hospitalar Total	R\$ 9,00
Sexo	Ambos
Idade Mínima	00
Idade Máxima	110
Quantidade Máxima	02
CBO	2211-05, 2212-05, 2231-48, 2234-10, 2253-35
Serviço/Classificação	145 - Serviços de diagnóstico por laboratório clínico - 003 - Exames Sorológicos e Imunológicos.

Parágrafo único. Os procedimentos a seguir são excludentes entre si:

CÓDIGO - NOME	CÓDIGO - NOME
06.03.05.004-2 - ALTEPLASE 10MG	06.03.05.007-7-TENECTEPLASE - TNK 30MG 06.03.05.008-5 - TENECTEPLASE - TNK 40MG 06.03.05.009-3-TENECTEPLASE - TNK 50MG
06.03.05.005-0 - ALTEPLASE 20MG	06.03.05.007-7-TENECTEPLASE - TNK 30MG 06.03.05.008-5 - TENECTEPLASE - TNK 40MG 06.03.05.009-3-TENECTEPLASE - TNK 50MG
06.03.05.006-9- ALTEPLASE INJETÁVEL 50MG	06.03.05.007-7-TENECTEPLASE - TNK 30MG 06.03.05.008-5 - TENECTEPLASE - TNK 40MG 06.03.05.009-3-TENECTEPLASE - TNK 50MG
06.03.05.007-7 - TENECTEPLASE -TNK 30MG	06.03.05.008-5 - TENECTEPLASE - TNK 40MG 06.03.05.009-3-TENECTEPLASE - TNK 50MG
06.03.05.008-5 - TENECTEPLASE - TNK 40MG	06.03.05.007-7 - TENECTEPLASE - TNK 30MG 06.03.05.009-3 - TENECTEPLASE - TNK 50MG
06.03.05.009-3-TENECTEPLASE -TNK 50MG	06.03.05.007-7 - TENECTEPLASE - TNK 30MG 06.03.05.008-5 - TENECTEPLASE - TNK 40MG

Art. 3º Alterar na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS os atributos dos procedimentos a seguir:

Procedimento	03.03.06.019-0 - TRATAMENTO DE INFARTO AGUDO DO MIOCARDIO
Descrição	Consiste no tratamento para alívio da obstrução das artérias coronárias e sofrimento do miocárdio.
Valor Hospitalar SP	R\$ 116,72
Valor	R\$ 471,40

http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2994_15_12_2011.html

5/7

01/09/2018

Ministério da Saúde

Hospitalar SH	
Valor Hospitalar Total	R\$ 588,12
Procedimento	03.03.06.028-0 - TRATAMENTO DA SÍNDROME CORONARIANA AGUDA
Descrição	Consiste no tratamento do sofrimento do miocárdio na vigência da insuficiência de fluxo sanguíneo nas coronárias.
Valor Hospitalar SP	R\$ 59,27
Valor Hospitalar SH	R\$ 265,81
Valor Hospitalar Total	R\$ 325,08

Procedimento	04.06.03.004-9 - ANGIOPLASTIA CORONARIANA PRIMARIA
Valor Hospitalar SP	R\$ 644,44
Valor Hospitalar SH	R\$ 1.103,08
Valor Hospitalar Total	R\$ 1.747,52

Art. 4º Garantir, na alta hospitalar, a continuidade do uso da medicação clopidogrel (75 mg) para que o paciente faça uso diário por trinta (30) dias da referida medicação, conforme protocolo clínico supracitado.

Parágrafo único. A medicação clopidogrel será fornecida pelo hospital quando da internação do paciente, conforme protocolo clínico, e o hospital deverá fornecê-la ao paciente por mais 30 dias da alta, até que seja adquirido pelo componente especial da assistência farmacêutica (CEAF).

Art. 5º Instituir no âmbito do SUS a Unidade de Terapia Intensiva Coronariana (UCO).

§ 1º Entende-se por Unidade de Terapia Intensiva Coronariana, ou simplesmente, Unidade Coronariana (UCO), a unidade de terapia intensiva dedicada ao cuidado a pacientes com síndrome coronariana aguda, devendo necessariamente dispor de infraestrutura típica de terapia intensiva, mas se localizar em instituição capacitada para fornecer apoio diagnóstico e terapêutico para os pacientes com síndrome coronariana aguda, incluindo recursos humanos qualificados, métodos diagnósticos não invasivos e invasivos e oportunidade de tratamento percutâneo e cirúrgico em caráter de urgência.

§ 2º Será incluído na Tabela de Leitos Complementares do Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES), o tipo de leito de Unidade de Terapia Intensiva Coronariana (UCO).

Art. 6º Serão financiados e custeados de forma diferenciada os leitos de Unidades de Terapia Intensiva Coronarianas (UCO) nas regiões metropolitanas com maior número de internações e óbito por Infarto Agudo do Miocárdio - IAM, cujos parâmetros são:

- I - Implantação de 01 (uma) Unidade de Terapia Intensiva Coronariana (UCO) com 10 leitos para cada 600 IAM/ano nas 10 (dez) Regiões Metropolitanas com maior frequência de Infarto Agudo do Miocárdio - IAM (acima 600 IAM/ano); e
- II - Implantação de 02 (dois) leitos de Unidade de Terapia Intensiva Coronariana (UCO) no mesmo espaço físico de uma Unidade de Terapia Intensiva nas 27 regiões metropolitanas com frequência entre 100 a 599 IAM/ano.

§ 1º Serão financiadas 39 (trinta e nove) Unidades Coronarianas (UCO) com 10 (dez) leitos cada, em um total de 390 leitos, nas 10 (dez) regiões metropolitanas com frequência de atendimento IAM acima de 600 IAM por ano, mediante a apresentação de projeto para pleitear investimento para implantação da nova unidade no valor de 1 milhão (um milhão de reais) por meio da celebração de convênio ou instrumentos congêneres, devendo estes recursos ser repassados de acordo com as normas do Sistema de Contratos e Convênios do Fundo Nacional de Saúde.

§ 2º Serão financiados 150 leitos de UCO nas 27 regiões metropolitanas com frequência de atendimento de 100 a 599 IAM por ano, mediante a apresentação de projeto para pleitear investimento para implantação de novos leitos no valor de 100.000,00 (cem mil reais) por leito por meio da celebração de convênio ou instrumentos congêneres, devendo estes recursos ser repassados de acordo com as normas do Sistema de Contratos e Convênios do Fundo Nacional de Saúde.

§ 3º As instituições hospitalares localizadas nas 37 regiões metropolitanas com maior número de internações e óbito por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) que disponibilizarem leitos de Unidades coronarianas receberão o custeio de diária diferenciado de R\$ 800,00 (oitocentos reais).

Art. 7º Para habilitação dos leitos de Unidade de Terapia Intensiva Coronariana (UCO), a instituição hospitalar deve cumprir os seguintes requisitos:

- I - Estar habilitada como Centro de Referência ou Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular, com Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Cardiologia Intervencionista, nos termos das Portarias nº 1169/GM e nº 210/SAS, de 15 de junho de 2004;

01/09/2018

Ministério da Saúde

II - Possuir leito credenciado como UTI tipo II ou III, conforme Portaria GM/MS nº 3.432, de 12 de agosto de 1998;

III - Participar da Linha de Cuidado do IAM na Rede de Atenção às Urgências, por indicação do gestor, realizando ações que permitam sua plena integração com os outros pontos de atenção, nos termos do documento base da referida linha de cuidado, de modo a garantir o cuidado integral e de qualidade ao paciente com síndrome coronariana aguda; e

IV - Seguir os trâmites de habilitação dispostos na Portaria GM 3.432/98 ou outra que venha a substituí-la.

Art. 8º Incluir na tabela de habilitações do SCNES, a habilitação de código 26.08 e descrição Unidade de Terapia Intensiva Coronariana (UCO).

Art. 9º Para receberem o custeio diferenciado de 800 reais, a UCO deverão cumprir os seguintes critérios de qualificação:

I - estabelecimento e adoção de protocolos clínicos, assistenciais e de procedimentos administrativos;

II - equipe de UTI Tipo II ou III, bem como suporte para especialidades nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana;

III - organização do trabalho das equipes multiprofissionais de forma horizontal, utilizando-se prontuário único compartilhado por toda equipe;

IV - implantação de mecanismos de gestão da clínica visando à qualificação do cuidado, eficiência de leitos, reorganização dos fluxos e processos de trabalho e a implantação de equipe de referência para responsabilização e acompanhamento dos casos;

V - garantia de realização dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários à complexidade dos casos;

VI - garantia de desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes, por iniciativa própria ou por meio de cooperação;

VII - submissão à auditoria do gestor local;

VIII - regulação integral pelas Centrais de Regulação; e

IX - taxa de ocupação média mensal da unidade de, no mínimo, 90% (noventa por cento).

Parágrafo único. As UCO deverão se qualificar em um prazo máximo de 6 (seis) meses após o início do repasse do custeio diferenciado, previsto nesta Portaria.

Art. 10. Definir que será publicada em portaria específica a operacionalização das terapias medicamentosas ora incluídas para as Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) previstos na Linha de Cuidado do IAM e Protocolo da Síndrome Coronariana Aguda.


Art. 11. Esta Portaria entra em vigor a partir da competência janeiro de 2012.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA


Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde

ANEXO 02

Laudo para Solicitação de Medicamento Especializado (LME)

 Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde Secretaria de Estado da Saúde	
COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTENCIA FARMACEUTICA	
LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)	
SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)	
CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE	
1- Número do CNES*	2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante
3- Nome completo do Paciente*	4- Nome da Mãe do Paciente*
	5- Peso do paciente* kg
	6- Altura do paciente* cm
7- Medicamento(s)*	
	8- Quantidade solicitada*
	1º mês 2º mês 3º mês
1	
2	
3	
4	
5	
9- CID-10*	10- Diagnóstico
11- Anamnese*	
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*	
<input type="checkbox"/> SIM. Relatar: <input type="checkbox"/> NAO	
13- Atestado de capacidade*	
A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz?	
<input type="checkbox"/> NAO <input type="checkbox"/> SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento	
Nome do responsável	
14- Nome do médico solicitante*	17- Assinatura e carimbo do médico*
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante*	16- Data da solicitação*
18- CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Mãe do paciente <input type="checkbox"/> Responsável (descrito no item 13) <input type="checkbox"/> Médico solicitante	
<input type="checkbox"/> Outro, informar nome: _____ e CPF _____	
19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*	20- Telefone(s) para contato do paciente
<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Indígena. Informar Etnia: _____ <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Sem informação	
21- Número do documento do paciente	23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*
<input type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS	
22- Correl eletrônico do paciente	

* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

 Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde Secretaria de Estado da Saúde						
COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTENCIA FARMACEUTICA						
LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)						
AVALIAÇÃO TÉCNICA						
1- Nome do Paciente _____	2- CNS _____					
3- Código(s)/ Medicamento(s)						
1	<table border="1"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>					
2						
3						
4						
5						
4- CID-10 _____						
6- Observação _____						
<p style="text-align: center;">5- DEFERIMENTO</p> <p>A solicitação atende aos critérios definidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da referida doença bem como aos demais parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.</p> <p>DEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração:</p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5						
<p style="text-align: center;">7- DEVOLUÇÃO</p> <p>Há falta de informação ou de documentos/exames que impedem a plenitude da análise.</p> <p>DEVOLVO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração, pelo(s) seguinte(s) motivo(s):</p> <input type="checkbox"/> Preenchimento incompleto <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Preenchimento incorreto <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Ausência de documentação <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Ausência de exame <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5						
<p style="text-align: center;">8- INDEFERIMENTO</p> <p>A solicitação não preenche os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da referida doença e/ou dos parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica</p> <p>INDEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração, pelo(s) seguinte(s) motivo(s):</p> <input type="checkbox"/> CID-10 não padronizado <input type="checkbox"/> Medicamento não padronizado <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Não preenche critérios do PCDT <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5						
11- Nome do avaliador _____	14- Assinatura e carimbo do avaliador _____					
12- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do avaliador _____	13- Data da avaliação _____					
AUTORIZAÇÃO						
<p>1- AUTORIZO a dispensação dos medicamentos acima deferidos pelo avaliador.</p> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NAO <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5						
2- Especificação _____						
3- Número da APAC _____	4- Vigência _____ a _____					
5- Nome do autorizador _____	8- Assinatura e carimbo do autorizador _____					
6- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do autorizador _____	7- Data da autorização _____					

ANEXO 03

Documentação necessária para retirada do medicamento clopidogrel nas Síndromes Coronarianas Agudas

CLOPIDOGREL - Síndromes Coronarianas Agudas

75 mg – comprimido

Portaria GM/MS nº 2994, de 13 de dezembro de 2011 (Protocolo na íntegra)

Informações

CIDs: G45, G45.0, G45.1, G45.8, G45.9, G46, G81, H34.0, H46, I20.0, I20.1, I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9, I22.0, I22.1, I22.8, I22.9, I23.0, I23.1, I23.2, I23.3, I23.4, I23.5, I23.6, I23.8, I24.0, I24.8, I24.9, I48, I62, I62.0, I62.1, I62.9, I63.0, I63.1, I63.2, I63.3, I63.4, I63.5, I63.8, I63.9, I64, I64.0, I65, I65.1, I65.2, I65.9, I66.0, I66.3, I67, I67.1, I67.2, I67.3, I67.8, I67.9, I69, I69.0, I69.3, I69.4, I69.8, I71.2, I71.4, I71.6, I73.1, I74.0, I74.1, I74.2, I74.3, I74.4, I74.5, I74.8, I74.9, I77.1, I77.8, M31.4, Z95.1, Z95.2, Z95.5, Z95.8

Quantidade máxima mensal: 31 comprimidos (por até 9 meses)

Grupo de Financiamento: 2

Documentação Necessária

1º Solicitação

1. Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica original, preenchido de forma completa e legível pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.
2. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.
3. Cópia de documentos pessoais do paciente
 - Documento de identidade;
 - Comprovante de residência com CEP;
 - Cartão Nacional de Saúde (CNS).
4. Cópia dos exames:
 - Relatório médico que justifique a farmacoterapia com Clopidogrel 75mg.
 - Para os casos de angioplastia, anexar também o respectivo laudo do procedimento.

ATENÇÃO: Não é necessário apresentar Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.

Renovação

1. Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica original, preenchido de forma completa e legível pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente .
2. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.

Atenção: Não são exigidos exames de monitoramento.

ANEXO 04

Parecer consubstanciado do CEP

IRMANDADE DA SANTA CASA
DE MISERICORDIA DE PORTO
ALEGRE - ISCMPA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DESENVOLVIMENTO E IMPLANTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES COM SÍNDROME CORONARIANA AGUDA

Pesquisador: Emiliane Nogueira de Souza

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 24128019.6.0000.5335

Instituição Proponente: Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre - ISCMPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.723.533

Apresentação do Projeto:

A Linha do Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) prevê a distribuição gratuita do medicamento anti-trombínico clopidogrel ainda no hospital, assegurando-se que o paciente com síndrome coronariana aguda (SCA) tratado com intervenção percutânea (ICP) com stent receba o medicamento de indicação classe IA na SCA aguda. Além disso, é assegurado pela Linha de Cuidado do IAM a dispensação de clopidogrel por 12 meses. Para isso, é preciso que o paciente reúna documentos e se desloque até um Centro de Atenção Farmacêutica Especializada. A orientação de enfermagem tem sido fundamental para que os pacientes compreendam essa necessidade. Este projeto tem por objetivo desenvolver e implantar um programa de acompanhamento de pacientes com Síndrome Coronariana Aguda em um hospital cadastrado na Linha de Cuidado do IAM. Realizar-se-á em um hospital referência em cardiologia do sul do Brasil. Será organizado um fluxo de trabalho voltado a atender essa demanda institucional, e contará com enfermeiras especialistas em cardiologia e apoio da equipe médica. Espera-se que o programa de acompanhamento intra hospitalar de pacientes com SCA possa garantir educação para a saúde voltada à prevenção secundária e também à adesão medicamentosa.

Endereço: R. Prof Annes Dias, 295 Hosp. Dom Vicente Scherer
Bairro: 6º andar - Centro **CEP:** 90.020-090
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3214-8571 **Fax:** (51)3214-8571 **E-mail:** cep@santacasa.tche.br

IRMANDADE DA SANTA CASA
DE MISERICORDIA DE PORTO
ALEGRE - ISCMPA



Continuação do Parecer: 3.723.533

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Desenvolver e implantar um programa de acompanhamento de pacientes com Síndrome Coronariana Aguda em um hospital cadastrado na Linha de Cuidado do IAM.

Objetivo Secundário:

I. Apresentar a proposta aos enfermeiros e médicos definindo-se objetivos do programa; II. Aprimorar as práticas que envolvem a prescrição e entrega dos comprimidos de clopidogrel na alta hospitalar; III. Realizar o acompanhamento dos pacientes após a alta hospitalar.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e graduações variados, com por exemplo, quebra de sigilo quando as informações obtidas via prontuário.

Benefícios:

Espera-se garantir que todos os pacientes com SCA tratados com ICP com stent recebam o clopidogrel na alta hospitalar e busquem junto ao CAEF o restante do medicamento para uso em 12 meses, conforme previsto em portaria ministerial específica para a Linha de Cuidado do IAM.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa considerada importante para o cuidado dos pacientes pós procedimento, considerando reduzir retornos desnecessários à emergência e desfecho desfavorável do procedimento por falta de informação pela equipe assistencial.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos apresentados de acordo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisa encontra-se de acordo com a Norma vigente Resolução 466/12 para pesquisa em seres humanos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Após avaliação do protocolo acima descrito, o presente comitê não encontrou óbices quanto ao desenvolvimento do estudo em nossa Instituição e poderá ser iniciado a partir da data deste

Endereço: R. Prof. Annes Dias, 295 Hosp. Dom Vicente Scherer
Bairro: 6º andar - Centro CEP: 90.020-090
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3214-8571 Fax: (51)3214-8571 E-mail: cep@santacasa.tche.br

**IRMANDADE DA SANTA CASA
DE MISERICORDIA DE PORTO
ALEGRE - ISCMPA**



Continuação do Parecer: 3.723.533

parecer.

Obs.: 1 - O pesquisador responsável deve encaminhar à este CEP, Relatórios de Andamento dos Projetos desenvolvidos na ISCMPA. Relatórios Parciais (pesquisas com duração superior à 6 meses), Relatórios Finais (ao término da pesquisa) e os Resultados Obtidos (cópia da publicação).

2 - Para o início do projeto de pesquisa, o investigador deverá apresentar a chefia do serviço (onde será realizada a pesquisa), o Parecer Consubstanciado de aprovação do protocolo pelo Comitê de Ética.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1419521.pdf	21/10/2019 18:28:54		Aceito
Outros	formulario_cadastro.pdf	21/10/2019 18:28:34	Emiliane Nogueira de Souza	Aceito
Outros	Declaraca_autorizacao_institucional.pdf	21/10/2019 18:09:23	Emiliane Nogueira de Souza	Aceito
Outros	Declaracao_autorizacao_unidade.pdf	21/10/2019 18:08:31	Emiliane Nogueira de Souza	Aceito
Outros	Declaracao_confidencialidade.pdf	21/10/2019 18:07:33	Emiliane Nogueira de Souza	Aceito
Outros	Declaracao_isencao_onus.pdf	21/10/2019 18:06:18	Emiliane Nogueira de Souza	Aceito
Outros	Formulario_inscricao_projetos_de_pesquisa_CEP.pdf	21/10/2019 18:04:44	Emiliane Nogueira de Souza	Aceito
Outros	Declaracao_utilizacao_de_dados.pdf	21/10/2019 18:02:42	Emiliane Nogueira de Souza	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	04/09/2019 17:53:58	Emiliane Nogueira de Souza	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	27/08/2019 19:49:51	Emiliane Nogueira de Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	27/08/2019 19:24:17	Emiliane Nogueira de Souza	Aceito

Endereço: R. Prof Annes Dias, 295 Hosp. Dom Vicente Scherer
 Bairro: 6º andar - Centro CEP: 90.020-090
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3214-8571 Fax: (51)3214-8571 E-mail: cep@santacasa.tche.br

IRMANDADE DA SANTA CASA
DE MISERICORDIA DE PORTO
ALEGRE - ISCMPA



Continuação do Parecer: 3.723.533

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 25 de Novembro de 2019

Assinado por:

Claudio Marcel Berdún Stadnik
(Coordenador(a))

Endereço: R. Prof Annes Dias,295 Hosp.Dom Vicente Scherer
Bairro: 6º andar - Centro CEP: 90.020-090
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3214-8571 Fax: (51)3214-8571 E-mail: cep@santacasa.tohe.br

ARTIGO CIENTÍFICO

Avaliação de um programa de acompanhamento de pacientes com síndrome coronariana aguda

Objetivo: Avaliar um programa de acompanhamento de pacientes com síndrome coronariana aguda submetidos à intervenção coronária em um hospital cadastrado na Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio. **Método:** Estudo intervenção, realizado com pacientes com síndrome coronariana aguda incluídos em um programa liderado por enfermeiros, acompanhados por 30 dias após a alta hospitalar em um serviço de referência em cardiologia, cadastrado na Linha do Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio no Brasil. Foram avaliados os resultados relacionados à adesão, dispensação de clopidogrel na alta, solicitação do medicamento ao CEAF, integração com serviço de atenção primária em saúde (APS) e indicadores de eficácia. **Resultados:** Dos 37 pacientes acompanhados, 54% eram homens com idade média $65 \pm 11,3$ anos, com ensino fundamental (62,16%) e hipertensão arterial sistêmica (76%). Em 30 dias após a alta, 94% apresentaram adequada adesão à terapia medicamentosa, a interação com a APS ocorreu em 72,9% dos casos, 16% retornaram a emergência, 5,41% foram readmitidos em hospital. **Conclusão:** O programa de acompanhamento de pacientes liderado por enfermeiros mostra benefícios na adesão à terapia medicamentosa e integração com a APS.

Descritores: Síndrome coronariana aguda; Angioplastia; Enfermagem; Terapia medicamentosa; Continuidade da assistência ao paciente; Alta do paciente.

Descriptor: Síndrome Coronario Agudo; Angioplastia; Enfermería; Quimioterapia; Continuidad de la Atención al Paciente; Alta del Paciente.

Descriptors: Acute Coronary Syndrome; Angioplasty; Nursing; Drug Therapy; Continuity of Patient Care; Patient Discharge.

Introdução

A cardiopatia isquêmica é a principal causa de morte em países desenvolvidos e em desenvolvimento, como o Brasil, segundo a Organização Mundial de Saúde.⁽¹⁾ Nesse cenário, o Ministério da Saúde, em 2011, instituiu no Sistema Único de Saúde (SUS), a Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), com o objetivo de facilitar o acesso do paciente acometido por síndrome coronariana aguda (SCA) ao atendimento e tratamento rápido e eficaz, através da terapia de reperfusão por agentes fibrinolíticos ou reperfusão mecânica, também denominada de intervenção coronariana percutânea (ICP), com ou sem implante de stent.⁽²⁾

Pacientes com SCA apresentam elevadas taxas de hospitalização e mortalidade durante a fase aguda e nos meses e anos subsequentes.⁽³⁻⁵⁾ A ICP tem sido realizada como uma das principais medidas terapêuticas para os pacientes com SCA, associada ao uso da dupla terapia antiplaquetária, com clopidogrel (75 mg/dia) e aspirina (100mg/dia), a qual atua na prevenção de trombos intracoronarianos e diminui o risco de trombose intra-stent.^(3,6-10) No entanto, estudos mostram que a não adesão ao uso do clopidogrel pode variar entre 11 e 18% em 30 dias e 10 a 51% em 12 meses após a alta hospitalar.^(8,12,13)

Após a realização da ICP, o paciente permanece internado por três a cinco dias para continuidade do cuidado e estratificação de risco. A partir de então, pode ser iniciado o planejamento para a alta hospitalar, momento em que é dispensado para pacientes do SUS, de acordo com o preconizado na Linha do Cuidado do IAM, 30 comprimidos de clopidogrel para a continuidade do tratamento pós-alta hospitalar.⁽²⁾ Antes do término dos 30 comprimidos (uso diário de 1 comprimido), o paciente deverá solicitar o clopidogrel pelo Componente Especial da Assistência Farmacêutica (CEAF) por até 11 meses⁽²⁾, conforme preconizado pela diretriz brasileira que aborda o manejo da SCA.⁽⁶⁾

Destaca-se que, para a dispensação intra-hospitalar e solicitação do referido medicamento junto ao CEAF é necessária a atuação conjunta e comunicação efetiva entre os

membros da equipe assistencial na instituição, de forma a evitar que pacientes recebam alta sem o medicamento, o qual é imprescindível para o sucesso de curto e médio prazo da ICP.⁽⁶⁾ Embora o clopidogrel faça parte da relação nacional de medicamentos essenciais, as unidades básicas de saúde não dispõe desse medicamento, sendo necessária a solicitação deste medicamento junto ao CEAF ou então a compra.⁽¹⁴⁾ O atraso ou até mesmo a pausa no uso do clopidogrel pode contribuir para a ocorrência de novos indiciadores de eficácia, inclusive oclusão intra-stent.^(6,7,15)

A falta de padronização das condutas com relação à dispensação da medicação e falhas de comunicação entre profissionais são fatores que contribuem para a não dispensação do clopidogrel para o paciente na alta hospitalar. Além disso, o desconhecimento da equipe assistencial quanto aos documentos necessários para que o paciente possa encaminhar a solicitação do medicamento pós-alta hospitalar também pode contribuir para não adesão, uma vez que o processo de dispensação tem etapas a serem cumpridas, e o custo do medicamento para ser adquirido comercialmente pelo paciente pode ser um limitador no Brasil. Soma-se a isso, o desconhecimento do paciente e do familiar acerca da importância do uso contínuo do clopidogrel, e a ocorrência de sangramentos menores.^(10,16) Portanto, ajudar o paciente a compreender a necessidade do medicamento para prevenção secundária e o seu direito de receber o medicamento pelo período mínimo preconizado para essa terapêutica pode evitar hospitalizações preveníveis e, conseqüentemente, aumento dos custos para o sistema de saúde.

Sob essa perspectiva, não basta somente conhecer os dados acerca da problemática que se apresenta, mas sim planejar, implantar, testar, melhorar e avaliar estratégias de cuidados lideradas por enfermeiros. Além de qualificar processos assistenciais em consonância com a Linha do Cuidado do IAM, no Brasil, tais profissionais podem engajar os pacientes em ações de prevenção secundária e melhorar a compreensão acerca da cardiopatia isquêmica após um evento agudo, contribuindo para otimização terapêutica e de recursos dispendidos pelo SUS em

prol da saúde do paciente. Assim, este estudo tem por objetivo avaliar um Programa de acompanhamento de pacientes com síndrome coronariana aguda submetidos à intervenção coronária percutânea com implante de stent em um hospital cadastrado na Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio.

Método

Estudo intervenção, que apresenta a avaliação de um Programa de acompanhamento de pacientes com SCA, o qual baseou-se na metodologia *Design Science Research* (Figura 1), a qual visa à solução de problemas, a partir do seu entendimento, à construção e à avaliação de artefatos que possam permitir transformar situações, alterando suas condições para estados melhores ou desejáveis. O desenvolvimento do Programa envolveu as seguintes etapas: definição do problema, análise e diagnóstico, proposta de intervenção e implantação, seguida de avaliação.⁽¹⁷⁻¹⁹⁾

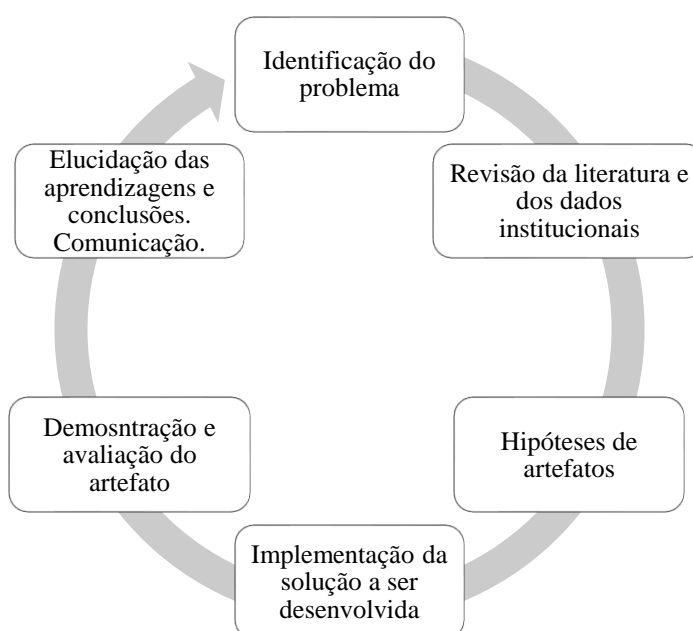


Figura 1. Ciclo do *Design Science Research* (adaptado)⁽¹⁸⁻¹⁹⁾

Cenário

Hospital especializado em cardiologia, com 97 leitos, cadastrado junto ao Ministério da Saúde na Linha de Cuidado do IAM, localizado na região sul do Brasil. Possui toda infra-

estrutura para atendimento de pacientes com doenças cardiovasculares, em diferentes níveis de complexidade.

Definição do problema

Um dos processos assistenciais que apresentava necessidade de melhoria era o acompanhamento de pacientes com SCA submetidos à ICP com stent, os quais têm por direito receber o medicamento clopidogrel para os trinta dias subsequentes à alta, ainda no hospital, conforme a Portaria nº 2.994/2011, bem como a orientação e o encaminhamento para a retirada do medicamento junto ao CEAF e uso continuado por até doze meses.⁽²⁾ Além disso, havia a necessidade de capacitar a equipe para o preenchimento de formulários previstos na referida Portaria, bem como orientação e preparo do paciente e familiar para a alta e o uso continuado da medicação.

Análise e diagnóstico

Por meio de análise de dados oriundos do Laboratório de Hemodinâmica da instituição, foi possível verificar a taxa de pacientes admitidos com SCA e submetidos à ICP por mês, taxas de eventos cardiovasculares desse perfil de pacientes, como visitas à emergência, readmissões hospitalares e óbito intra-hospitalar. Também foi revisado o processo acerca da dispensação do clopidogrel na alta. Em reunião ordinária de enfermeiros e chefias de setores foram apresentados e discutidos os dados, sendo identificada a necessidade de melhoria de partes dos processos assistenciais que envolvem tais pacientes.

Proposta de intervenção e implantação

Para implantação foi realizada a apresentação e alinhamento das informações contidas na Linha do Cuidado IAM para a equipe médica e enfermeiros do Laboratório de Hemodinâmica e Unidade de Internação por meio de cinco encontros presenciais, com duração máxima de 40 minutos, em data e horários definidos em comum acordo, participaram cinco enfermeiros e dez médicos. Ao final foi constituído um grupo de três enfermeiros especialistas

em cardiologia, com experiência mínima de dois anos de atuação no cuidado direto aos pacientes cardiológicos, na instituição, para planejamento e desenho de um Programa de acompanhamento de pacientes com SCA submetidos à ICP com stent. Dentre os objetivos do Programa estão o preparo do paciente e seu familiar/acompanhante para alta, a promoção da educação para saúde e para adesão ao tratamento proposto, a garantia da dispensação do clopidogrel para o primeiro mês após a alta, e o apoio no preparo dos documentos para encaminhamento ao CEAF.

O Programa, liderado e executado por enfermeiros especialistas em cardiologia, treinados para atuação no Programa, prevê o acompanhamento do paciente intra-hospitalar e trinta dias após a alta hospitalar, por meio de contato telefônico. A partir de busca ativa diária no sistema informatizado de gestão hospitalar, por meio do acesso à agenda de procedimentos no laboratório de hemodinâmica, os pacientes foram identificados e incluídos no Programa, desde que apresentassem os seguintes critérios: a) pacientes adultos (maior ou igual a 18 anos), de ambos os sexos usuários do Sistema Único de Saúde, b) pacientes que se apresentassem em atendimento de emergência ou urgência, com suspeita de SCA, com quadro clínico sugestivo, associado a alterações eletrocardiográficas compatíveis e/ou marcadores de necrose alterados, c) que realizaram ICP com implante de SF. Os critérios de exclusão foram os seguintes: a) pacientes sem condições clínicas ou cognitivas de assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), b) evasão, c) óbito durante a pesquisa. adultos (≥ 18 anos) com diagnóstico médico de SCA, os quais foram submetidos à ICP com implante de stent e usuário do SUS. O período de inclusão teve início em dezembro de 2019.

Depois da inclusão do paciente no Programa, realizava-se o preenchimento do formulário de identificação, com dados sociodemográficos e clínicos. Após a alta da unidade de terapia intensiva, onde o paciente permanece em torno de 48h após a ICP, para a unidade de internação, é que o enfermeiro iniciava o preenchimento do laudo para solicitação de

medicamento especializado (LME). Para encaminhar a solicitação de medicamento especial junto ao CEAF era necessário o LME, receituário do medicamento com o nome genérico clopidogrel, a nota de alta hospitalar com o diagnóstico de SCA e cópias de documentos pessoais. Para fins de organização, os documentos providenciados durante a internação hospitalar eram armazenados e identificados por um checklist adesivado em um envelope identificado. Além da entrega do envelope com os documentos ao paciente e/ou familiar, o enfermeiro também realizava a orientação quanto à importância da obtenção do medicamento, conforme preconizado pela Linha do Cuidado do IAM.⁽²⁾

Antes da alta hospitalar, o enfermeiro visitava o paciente à beira leito, preferencialmente, na presença de um familiar, para iniciar o preparo para a alta. Foi elaborado um material educativo impresso para ser entregue aos pacientes denominado *Recomendações de cuidados após o infarto agudo do miocárdio*, com orientações relacionadas à prevenção secundária, adesão à terapia medicamentosa, identificação precoce de sinais e sintomas de novos eventos isquêmicos, além dos cuidados relacionados à modificação do estilo de vida para controle dos fatores de risco.⁽¹⁹⁻²²⁾

O acompanhamento do paciente após a alta hospitalar incluiu promover a transição do cuidado, por meio da integração com o serviço de atenção primária em saúde (APS) de referência do paciente. Em até uma semana após a alta, foi realizado contato por meio telefônico com a finalidade de comunicar a alta hospitalar e o procedimento realizado pelo paciente da área de abrangência do serviço e solicitar apoio na promoção da adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Todos os pacientes consentiram o contato com o serviço de APS.

Para apresentar o Programa de acompanhamento dos pacientes com SCA na instituição, foi elaborado uma figura esquemática com todas as etapas, com objetivo de orientar os profissionais de enfermagem e equipe médica. Inicialmente, a implantação ficou sob responsabilidade do grupo de enfermeiros com o apoio da gestão do serviço. As atividades relacionadas ao Programa foram realizadas no horário de trabalho dos enfermeiros e estão apresentadas na Figura 2.

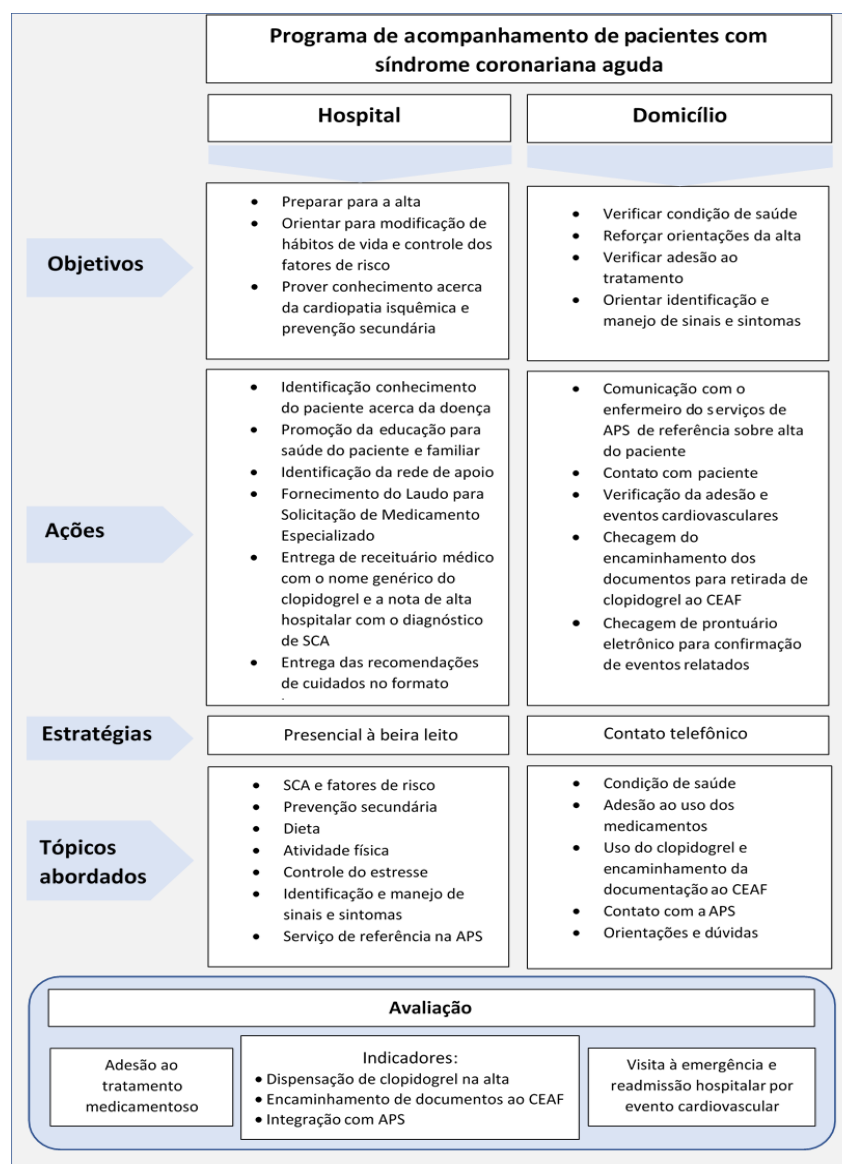


Figura 2. Quadro síntese do Programa de acompanhamento de pacientes com síndrome coronariana aguda

Avaliação

A primeira avaliação do Programa foi realizada após a inclusão do 37º paciente, em abril de 2020, devido à redução da demanda causada pela pandemia COVID-19. Foram analisados dados do período de acompanhamento intra-hospitalar dos pacientes, bem como em trinta dias decorridos da alta. Os seguintes indicadores foram definidos: a) dispensação de clopidogrel (30 comprimidos/75mg) na alta (número de pacientes que receberam o medicamento / número de pacientes com SCA submetidos à ICP com stent); b) Encaminhamento da documentação ao CEAF (número de pacientes que encaminharam a documentação na farmácia de medicamentos especiais / número de pacientes com SCA submetidos à ICP com stent); c) Integração com atenção primária em saúde (número de pacientes que receberam ligação/visita ou realizaram consulta no serviço de APS de referência / número de pacientes com SCA submetidos à ICP com stent). Dois dos indicadores foram avaliados em 30 dias após a alta hospitalar, por meio do autorrelato durante contato telefônico com o paciente ou familiar.

Também foi avaliada a adesão à terapia medicamentosa, por meio de questionamentos específicos, considerando-se as possibilidades de não adesão (primária, de persistência e de conformidade):⁽²³⁾ a) Você está tomando todos os medicamentos da prescrição médica recebida na alta? Se não, qual e por quê?; b) Como você está tomando o clopidogrel?; c) Às vezes, você esquece de tomar algum medicamento?; d) Você diminuiu a dose ou parou de tomar algum medicamento? Se sim, qual e por quê? As respostas foram do tipo binária (sim/não).

Ainda foi questionado ao paciente a ocorrência de eventos como visita à emergência (até 24h de permanência) e readmissão hospitalar (maior que 24h) por causa cardiovascular ou óbito. A partir do relato do paciente ou familiar, era realizada a checagem das informações no sistema informatizado de gestão hospitalar.

Análise dos dados

Os dados obtidos na avaliação do Programa foram organizados e analisados com auxílio do *software* Microsoft Excel®. As variáveis foram analisadas utilizando-se estatística descritiva. As variáveis contínuas foram descritas como média e desvio-padrão ou mediana e percentis (25-75), e as categóricas foram descritas com frequências absolutas (n) e relativas (%).

Considerações éticas

O desenvolvimento da pesquisa atendeu às normas conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, sob o parecer nº 3.723.533. Todos os pacientes leram e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Resultados

Dos 42 pacientes inicialmente incluídos, apenas 37 permaneceram no programa, sendo as razões da exclusão dos pacientes: um por evasão, dois deram alta da UTI para a UI no sábado, e a alta hospitalar ocorreu no domingo, um não aceitou participar do estudo e outro paciente evoluiu a óbito durante a internação na UTI. OsAo total, 37 pacientes foram incluídos no período avaliado, cujas idades variaram entre 42 e 87 anos, com mediana de $64 \pm 11,3$ anos, sendo 20(54,05%) homens. A maioria dos pacientes foram provenientes da emergência 33(89,18%). Destes, 23(62,16%) foram admitidos na modalidade de vaga zero. O tempo de internação hospitalar variou de 01 a 55 dias. Dentre os fatores de risco, a hipertensão arterial foi o mais prevalente, com 28(75,67%) pacientes. A maioria dos pacientes apresentou IAM com supradesnivelamento de ST 30(81,08%). A tabela 1 apresenta o perfil clínico e sociodemográfico dos pacientes.

Tabela 1. Características clínicas e sociodemográficas dos pacientes internados com SCA submetidos à ICP com stent (n=37) Porto Alegre, RS, Brasil, 2020

Variável	n(%)
Idade (anos)*	64±11,3
Sexo masculino	20(54,05)
Raça branca	34(91,89)
Situação conjugal (casado)	28(75,64)
Situação laboral	
Ativo	20(54,05)
Aposentado	15(40,54)
Escolaridade	
Analfabeto	03(8,10)
Ensino fundamental	23(62,16)
Ensino médio	11(29,72)
Hipertensão arterial sistêmica	28(75,67)
Tabagismo	26(70,27)
Diabetes mellitus	12(32,43)
Dislipidemia	10(27,02)
História Familiar DAC	09(24,32)
DPOC	01(2,70)
IAM prévio	10(27,02)
CRM prévia	02(5,40)
Apresentação clínica da SCA	
IAM com supradesnivelamento de ST	30(81,08)
IAM sem supradesnivelamento de ST	03(8,10)
Angina instável	04(10,81)
Procedência	
Emergência	33(89,18)
Hemodinâmica	04(10,81)
Tempo médio de internação (dias)†	05(4,5-7)

*Variável descrita como média; \pm desvio padrão; †Variável descrita como mediana (percentil 25-75). CRM: cirurgia de revascularização do miocárdio; DAC: doença artéria coronária; DPOC: Doença pulmonar obstrutiva crônica; IAM: infarto do miocárdio; SCA: síndrome coronariana aguda.

A média de medicamentos prescritos por paciente na alta foi $5,92 \pm 1,25$ (mínimo 04 e no máximo 09). Os medicamentos mais prescritos em receituário foram: clopidogrel, ácido acetilsalicílico, betabloqueador, estatina e inibidores da enzima conversora da angiotensina. Na alta hospitalar, todos os pacientes receberam os trinta comprimidos de clopidogrel.

Após a alta hospitalar, foi realizado o contato com enfermeiros de 28(75,67%) serviços de APS. Em 27(72,97%) casos, a integração com o serviço de APS foi bem sucedido, uma vez que os pacientes receberam a visita de um profissional, contato telefônico ou realizaram consulta no serviço. Já o contato com os pacientes, 30 dias após a alta, foi efetivo em 35(94,59%) casos. Um (2,7%) paciente evoluiu para óbito e 01(2,7%) não foi possível fazer contato telefônico. A Figura 3 mostra os indicadores do Programa de acompanhamento dos pacientes com SCA submetidos à ICP com stent.

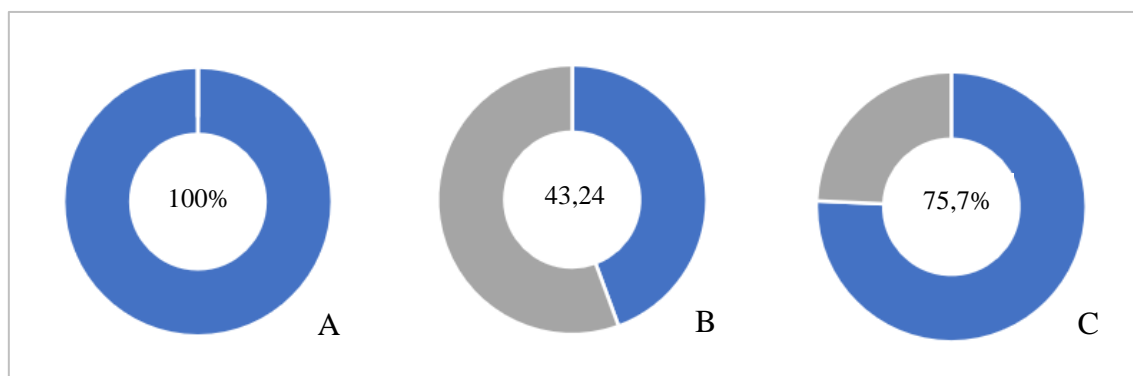


Figura 3: Indicadores do Programa. A- Dispensação de clopidogrel na alta hospitalar, B- Encaminhamento de Laudo ao CEAF, C- Integração com a atenção primária em saúde

Quanto ao encaminhamento do laudo ao CEAF, 16(43,24%) pacientes encaminharam os documentos, sendo que somente 09(24,32%) pacientes retiraram o medicamento clopidogrel

na farmácia de medicamentos especiais. Em relação à adesão à terapia medicamentosa, a maioria dos pacientes 33(94,28%) estava ingerindo os medicamentos adequadamente.

Do total de pacientes incluídos no Programa, 06(16,21%) procuraram a emergência hospitalar e, destes, 02(5,41%) foram readmitidos em outras instituições hospitalares. Um paciente procurou a emergência hospitalar com diagnóstico de cetoacidose diabética e evoluiu para óbito. A tabela 2 apresenta os resultados relacionados à adesão à terapia medicamentosa e aos indicadores de eficácia.

Tabela 2: Acompanhamento do paciente em 30 dias após a alta hospitalar (n=35) Porto Alegre, RS, Brasil, 2020

Variáveis	n(%)
Adesão ao tratamento medicamentoso	
Você está tomando todos os medicamentos da prescrição médica recebida na alta? (Sim)	33(94,28%)
Você está tomando o clopidogrel? (1x/dia)	33(94,28%)
Às vezes você esquece de tomar algum medicamento? (Não)	33(94,28%)
Você diminuiu ou parou de tomar algum medicamento? (Não)	33(94,28%)
Encaminhamento da documentação ao CEAF (Sim)	16(43,24%)
Eventos cardiovasculares	
Visita à emergência	06(16,21)
Readmissão hospitalar	02(5,41)
Óbito	01(2,70)

A média de uso de medicamentos pós-alta hospitalar foi $5,64 \pm 1,82$. Ao comparar com os medicamentos prescritos na alta, foi possível identificar que duas pacientes (5,40%) não estavam em uso de clopidogrel e estatina.

Discussão

Este estudo envolveu a avaliação de uma mudança no processo assistencial de cuidado ao paciente com SCA, submetido à ICP com implante de stent, em um hospital cadastrado na Linha do Cuidado ao IAM, com o propósito de garantir a dispensação de 30 comprimidos de clopidogrel na alta hospitalar, e também, acompanhar o paciente em trinta dias para promover a adesão à terapêutica medicamentosa e a integração com o serviço de APS. Embora a avaliação do Programa seja inicial, os dados obtidos são promissores. Sabe-se que o melhor

gerenciamento do quadro clínico do paciente, envolvendo a atuação da equipe multiprofissional, um adequado planejamento de alta, a provisão de recursos de apoio no domicílio e o acesso facilitado aos serviços de APS podem evitar readmissões hospitalares potencialmente preveníveis.^(21,22)

Todos os pacientes incluídos neste estudo, cujo perfil sociodemográfico e clínico se assemelha a dados da literatura⁽²¹⁾, e que são, em sua maioria, idosos, homens, hipertensos e fumantes, com baixa escolaridade, receberam 30 comprimidos de clopidogrel no momento da alta, bem como a documentação requerida para a solicitação do medicamento junto ao CEAF. Com a implantação do Programa de acompanhamento de pacientes com SCA submetidos à ICP foi possível unir a equipe assistencial com o objetivo de agregar valor ao cuidado intra e extra-hospitalar para tais pacientes, cujo perfil requer uma integração mais efetiva entre atenção primária e terciária em saúde.

Estudos apontam que os pacientes com SCA tem baixa adesão à terapia medicamentosa após a alta hospitalar^(4,23-25), relacionada a fatores como idade, escolaridade, depressão, polifarmácia, erros de autoadministração de medicamentos e outras comorbidades.^(9,24-26) Baixa adesão ao clopidogrel tem particular importância, pois há uma redução do potencial de inibição da agregação plaquetária, aumentando o risco de trombose intrastent, IAM e acidente vascular encefálico.^(9,26,27) Em nosso estudo, a adesão ao tratamento medicamentoso foi alta, incluindo o clopidogrel. No entanto, dados da literatura evidenciam uma taxa de 11 a 18% de não adesão ou descontinuação do clopidogrel em 30 dias de tratamento e entre 10 a 51% depois de um ano.^(8-10,27,28)

Um dos principais efeitos adversos do clopidogrel é o sangramento menor (hematomas, epistaxe, sangramento hemorroidal), levando pacientes, principalmente idosos, a descontinuarem seu uso.⁽²⁹⁾ Estudo que teve por objetivo identificar fatores que influenciam a adesão a esse medicamento, e que incluiu 102 pacientes idosos, evidenciou a percepção acerca

da severidade do sangramento menor e a preocupação com efeitos adversos do medicamento como preditores de adesão.⁽³⁰⁾ Tendo em vista esse cenário, os profissionais de saúde devem orientar os pacientes acerca de tais eventos e o automonitoramento, assim como destacar a importância da terapêutica em contraste com as preocupações acerca da ocorrência de algum evento adverso. Outro estudo, denominado ProAcor, realizado na Alemanha, com aproximadamente 1000 pacientes, objetivou avaliar a eficácia de um programa de gerenciamento estruturado ambulatorial de doze meses em pacientes após um evento de SCA. Durante a internação hospitalar, os pacientes ganharam um livreto denominado Cardio Pass, que teve como objetivo facilitar o compartilhamento de informações relevantes, o acordo sobre objetivos comuns de prevenção secundária e o planejamento das consultas ambulatoriais. Neste estudo, a adesão à terapia medicamentosa foi alta.⁽³¹⁾

Quanto à integração com a APS, 27 (72,97%) pacientes receberam visita, ligação ou realizaram uma consulta na APS, seja por demanda espontânea ou através do agendamento prévio. Embora no Brasil, a articulação entre os serviços de saúde do sistema público esteja organizada por meio da referência e contrarreferência, considerando a regionalização e hierarquização dos níveis de atenção (primário, secundário e terciário), a comunicação entre eles demanda melhorias contínuas, a fim de contribuir efetivamente para melhores resultados em saúde. A corresponsabilização entre profissionais de saúde e pacientes na implementação de ações de prevenção de complicações da doença, promoção de saúde e adequada adesão terapêutica pode influir positivamente na redução das taxas de readmissão.^(22,25,32) Tais indicadores de eficácia funcionam como preditor para avaliação do desempenho das atividades hospitalares, como também na avaliação do surgimento de complicações pós-alta, podendo refletir o funcionamento do acesso aos serviços básicos de saúde.⁽²⁴⁾ Neste estudo, 16,21% pacientes buscaram o serviço de emergência e 5,41% foram readmitidos no hospital.⁽²⁴⁾ Estudo francês que avaliou 624 pacientes idosos com SCA mostrou que 137(22%) dos pacientes foram

readmitidos em trinta dias, sendo que destes, 60(43,8%) foram rehospitalizados em menos de sete dias após a alta. A compra de medicamentos como antiagregantes plaquetários, hipolipemiantes, beta-bloqueadores e inibidores do sistema renina-angiotensina foi menor no grupo de pacientes readmitidos quando comparado aos demais ($p < 0,01$). Dentre as causas de rehospitalização, as doenças cardiovasculares representaram 56,2%, com maior prevalência da doença cardíaca isquêmica crônica (19,7%).⁽³²⁾ Sabe-se que aproximadamente 1 em 10 pacientes submetidos à ICP são readmitidos em 30 dias após a alta, o que está associado com risco maior de mortalidade em um ano.⁽³³⁾ Estudo nacional que avaliou 536 pacientes com SCA, evidenciou uma taxa de 21,46% de rehospitalização em até 1 ano após a alta hospitalar.⁽²⁴⁾ Acredita-se que a melhor articulação do serviço hospitalar com o serviço de APS de referência do paciente pode contribuir para redução dessas readmissões.

Tais eventos também são um reflexo da potencialidade do paciente em se auto cuidar, de seus comportamentos de saúde, incluindo as condições biopsicossociais e culturais que interferem nesse processo.^(32,34,35) A liderança do enfermeiro em programas de prevenção primária e secundária contribui para a prevenção e controle de fatores de risco e mudanças no estilo de vida, ampliando a conscientização e a compreensão dos pacientes sobre a SCA e seu tratamento. Estes profissionais realizam o monitoramento da adesão à terapia farmacológica, a educação centrada nas necessidades do paciente e de sua família e apoiam no planejamento da alta do paciente e na transição do cuidado para atenção primária em saúde, com consequente redução de reinternações hospitalares e melhor qualidade de vida.^(5,22) A concreta e efetiva adoção de medidas de prevenção secundária, com o objetivo de evitar a readmissão hospitalar e a intervenção terciária, implica na redução de custos relacionados à SCA, além de maximizar a segurança do indivíduo, reduzindo o risco de óbito.^(22,34)

Dentre as limitações encontradas na execução do Programa, menciona-se a dificuldade de contato telefônico com a APS e com os pacientes. Em muitos casos, foram necessárias

inúmeras tentativas a fim de obter o contato com o enfermeiro do serviço, requerendo disponibilidade de tempo e persistência do profissional do Programa de acompanhamento dos pacientes com SCA do hospital. Outra limitação deste trabalho se deu em razão da pandemia do COVID-19, que reduziu bruscamente o número de pessoas que procuraram os serviços de urgência e emergência, no período entre a segunda quinzena de março até final de abril. Além disso, alguns pacientes não puderam encaminhar a documentação ao CEAF, por restrições de deslocamento por meio de transporte público bem como atendimento da Farmácia de medicamentos especiais do estado. Como limitações deste estudo, menciona-se o número reduzido de pacientes analisados e fato de não ser comparado. Análises futuras de efetividade da intervenção e de viabilidade econômica, com dedicação exclusiva de enfermeiros, deverão ser realizados.

Conclusão

Os resultados deste estudo demonstram que um Programa de acompanhamento de pacientes com SCA, submetidos à intervenção coronária percutânea, estruturado e liderado por enfermeiros, acarreta benefícios no que se refere à adesão à terapia medicamentosa e integração com serviços de APS, além de instrumentar o paciente para que este seja protagonista do seu cuidado após a alta hospitalar.

Referências

1. World Health Organization. The top 10 causes of death. World Health Organization [Internet]. 2018. [cited aug 10, 2020]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>.
2. Brasil. Portaria no 2.994, de 13 de dezembro de 2011. Aprova a Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio e o Protocolo de Síndromes Coronarianas Agudas, cria e altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais

Especiais. Ministério da Saúde [Internet]. 2011. 01:0. [Acesso 08 ago, 2020]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2994_15_12_2011.html.

3. Clark RA, Foote J, Versace VL, Brown A, Daniel, M Coffee, et al. The keeping on track study: exploring the activity levels and utilization of healthcare services of acute coronary syndrome (ACS) patients in the first 30-days after discharge from hospital. *Med Sci (Basel)* [Internet]. 2019; 7(4): 61. [cited aug 10, 2020]. Available from: doi: <https://doi.org/10.3390/medsci7040061>.

4. Riegel B, Stephens-Shields A, Jaskowiak-Barr A, Daus M, Kimmel SE. A behavioral economics-based telehealth intervention to improve aspirin adherence following hospitalization for acute coronary syndrome. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* [Internet]. 2020; 29(5):513–517. [cited Aug 10, 2020]. Available from: doi: <https://doi.org/10.1002/pds.4988>.

5. Hoschar S, Albarqouni L, Ladwig, KH. A systematic review of educational interventions aiming to reduce prehospital delay in patients with acute coronary syndrome [Internet]. *Open heart*. 2020; 7(1): e001175. [cited aug 08, 2020]. Available from: doi: <http://dx.doi.org/10.1136/openhrt-2019-001175>.

6. Feres F, Costa RA, Siqueira D, Costa Jr JR, Chamié D, Staico R, et al. Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia e da Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista sobre Intervenção Coronária Percutânea [Internet]. *Arq Bras Cardiol*. 2017; 109(1Supl.1):1–81. [Acesso 08 ago, 2020]. Disponível em: doi: <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20170111>.

7. Ibanez B, James S, Agewall S, Antunes MJ, Bucciarelli-Ducci C, Bueno H, et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC)

[Internet]. *Eur Heart J*. 2018; 39(2): 119–77. [cited aug 09, 2020]. Available from: doi: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx393>.

8. Piccolo R, Feres F, Abizaid A, Gilard M, Morice M, Hong M, et al. Risk of Early Adverse Events After Clopidogrel Discontinuation in Patients Undergoing Short-Term Dual Antiplatelet Therapy: An Individual Participant Data Analysis. *JACC: Cardiovascular Interventions* [Internet]. 2017; 10(16):1621-1630. [cited aug 09, 2020]. Available from: doi: <https://doi.org/10.1016/j.jcin.2017.06.001>.

9. Knuuti J, Wijns W, Saraste A, Capodanno D, Barbato E, Funck-Brentano C, et al. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes [Internet]. *Eur Heart J* 2020;41:407–477. [cited aug 09, 2020]. Available from: doi: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz425>.

10. Krzysztof K, Mariusz K, Pawel K, Jacek J, Artur D, Pawel B, et al. Platelet aggregation and the risk of stent thrombosis or bleeding in elective percutaneous coronary intervention patients. [Internet]. *Blood Coagul Fibrinolysis*. 2017;28(5):383-388. [cited aug 10, 2020]. Available from: doi: <https://doi.org/10.1097/MBC.0000000000000614>.

11. Somuncu UM, Demir AR, Karakurt ST, Karakurt H, Karabag T. Long Term Cardiovascular Outcome Based on Aspirin and Clopidogrel Responsiveness Status in Young ST-Elevated Myocardial Infarction Patients [Internet]. *Arq Bras Cardiol*. 2019; 112(2):138-146. [cited aug 10, 2020]. Available from: doi: <https://doi.org/10.5935/abc.20180251>.

12. Latry P, Martin-Latry K, Lafitte M, Peter C, Couffinhal T. Dual antiplatelet therapy after myocardial infarction and percutaneous coronary intervention: analysis of patient adherence using a French health insurance reimbursement database [Internet]. *EuroIntervention*. 2012; 7(12):1413-9. [cited sept 08, 2020]. Available from: doi: <https://doi.org/10.4244/EIJV7I12A221>.

13. Muntner P, Mann DM, Woodward M, Choi JW, Stoler RC, Shimbo D, et al. Predictors of low clopidogrel adherence following percutaneous coronary intervention [Internet]. *Am J Cardiol*. 2011; 108(6): 822–827. [cited sept 02, 2020]. Available from: doi: <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2011.04.034>.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Rename 2020. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Brasília: Ministério da Saúde [Internet]. 2020; 21. [Acesso 08 ago, 2020]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/rename>.
15. Flores-Salinas HE, Casillas-Muñoz F, Valle Y, Guzmán-Sánchez CM, Padilla-Gutiérrez JR. Good practices in the clinical management of patients with acute coronary syndrome: retrospective analysis in a third-level hospital in Mexico. *Cardiol Res Pract* [Internet]. 2020: 9624283. [cited sept 01, 2020]. Available from: doi: <https://doi.org/10.1155/2020/9624283>.
16. Momary KM, Kimble LP. Factors Associated With Clopidogrel Adherence in Community-Dwelling Patients [Internet]. *J Cardiovasc Nurs*. 2016;31(5):452-456. [cited sept 01, 2020]. Available from: doi: <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000269>.
17. Miah SJ, Gammack J, Hasan N. Methodologies for designing healthcare analytics solutions: A literature analysis [Internet]. *J. Health Inform*. 2019; 00(0). [cited sept 01, 2020]. Available from: doi: <https://doi.org/10.1177/1460458219895386>.
18. Santos GFZ, Koerich GV, Alperstedt GD. A contribuição da design research para a resolução de problemas complexos na administração pública [Internet]. *Rev. de Adm. Publica*.

2018; 52 (5): 956-970. [Acesso 01 set, 2020]. Disponível em: doi: <https://doi.org/10.1590/0034-761220170014>.

19. Marques R, Gregório J, Pinheiro F, Póvoa P, Silva MM da, Lapão LV. How can information systems provide support to nurses' hand hygiene performance? Using gamification and indoor location to improve hand hygiene awareness and reduce hospital infections [Internet]. BMC Med Inform Decis Mak. 2017; 17:15. [cited sept 11, 2020]. Available from: doi: <https://doi.org/10.1186/s12911-017-0410-z>.

20. Tales de Carvalho T de, Milani M, Ferraz AS, Silveira AD da, Herdy AH, Hossri CAC, et al . Diretriz Brasileira de Reabilitação Cardiovascular – 2020 [Internet]. Arq. Bras. Cardiol. 2020; 114(5): 943-987. [Acesso 11 set, 2020]. Disponível em: doi: <https://doi.org/10.36660/abc.20200407>.

21. Brunori EHFR, Lopes CT, Cavalcante AMRZ, Santos VB, Lopes JL, Barros ALBL de. Associação de fatores de risco cardiovasculares com as diferentes apresentações da síndrome coronariana aguda [Internet]. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2014; 22(4): 538-546. [Acesso 11 set, 2020]. Disponível em: doi: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3389.2449>.

22. Paoli G, Notarangelo MF, Mattioli M, La Sala R, Foà C, Solinas E, et al. ALLiance for sEcondary PREvention after an acute coronary syndrome. The ALLEPRE trial: A multicenter fully nurse-coordinated intensive intervention program [Internet]. Am Heart J. 2018; 203:12–16. [cited sept 11, 2020]. Available from: doi: <https://doi.org/10.1016/j.ahj.2018.06.001>.

23. Vrijens B, Antoniou S, Burnier M, Sierra A de L, Volpe M. Current Situation of Medication Adherence in Hypertension [Internet]. Front. Pharmacol. 2017; 8:1-8. [cited sept 01, 2020]. Available from: doi: <https://doi.org/10.3389/fphar.2017.00100>.

24. Oliveira LMSM de, Costa IMNB de C, Silva GD da, Silva JRSS, Barreto-Filho JAS, Almeida-Santos MA, et al. Reinternação de pacientes com síndrome coronariana aguda e seus

determinantes [Internet]. *Arq Bras Cardiol.* 2019; 113(1): 42-49. [Acesso 10 set, 2020].

Disponível em: doi: <http://www.dx.doi.org/10.5935/abc.20190104>.

25. Park Y, Park Y, Park K. Determinants of Non-Adherences to Long-Term Medical Therapy after Myocardial Infarction: A Cross-Sectional Study [Internet]. *Int J Environ Res Public Health.* 2020; 17(10): 3585. [cited sept 11, 2020]. Available from: doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph17103585>.

26. Van Der Laan DM, Elders PJM, Boons CCLM, Nijpels G, Hugtenburg JG. Factors Associated With Nonadherence to Cardiovascular Medications A Cross-sectional Study [Internet]. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2019;34(4):344-352. [cited sept 12, 2020]. Available from: doi: <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000582>.

27. Ivers NM, Schwalm J, Bouck Z, McCready T, Taljaard M, Grace SL, et al. Interventions supporting long term adherence and decreasing cardiovascular events after myocardial infarction (ISLAND): pragmatic randomised controlled trial [Internet]. *BMJ.* 2020; 369: m1731. [cited sept 12, 2020]. Available from: doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.m1731>.

28. Shang P, Liu GG, Zheng X, Ho PM, Hu S, Li J, et al. Association Between Medication Adherence and 1-Year Major Cardiovascular Adverse Events After Acute Myocardial Infarction in China[Internet]. *J Am Heart Assoc.* 2019; 8(9): e011793. [cited sept 12, 2020]. Available from: doi: <https://doi.org/10.1161/JAHA.118.011793>.

29. O'Brien EC, Holmes DN, Thomas LE, Fonarow GC, Allen LA, Gersh BJ, et al. Prognostic Significance of Nuisance Bleeding in Anticoagulated Patients With Atrial Fibrillation [Internet]. *Circulation.* 2018; 138(9): 889-897. [cited sept 12, 2020]. Available from: doi: <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.117.031354>.

30. Momary KM, Kimble LP. Factors Associated With Clopidogrel Adherence in Community-Dwelling Patients [Internet]. *J Cardiovasc Nurs.* 2016; 31(5):452-6. [cited sept 12, 2020]. Available from: doi: <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000269>.

31. Goss F, Brachmann J, Hamm CW, Haerer W, Reifart N, Levenson B. High adherence to therapy and low cardiac mortality and morbidity in patients after acute coronary syndrome systematically managed by office-based cardiologists in Germany: 1-year outcomes of the ProAcor Study [Internet]. *Vasc Health Risk Manag*. 2017; 13:127-37. [cited sept 12, 2020]. Available from: doi: <https://doi.org/10.2147/VHRM.S119490>.
32. Zabawa C, Cottenet J, Zeller M, Mercier G, Rodwin VG, Cottin Y, et al. Thirty-day rehospitalizations among elderly patients with acute myocardial infarction: Impact of postdischarge ambulatory care [Internet]. *Medicine*. 2018; 97(24): e11085. [cited sept 12, 2020]. Available from: doi: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000011085>.
33. Khawaja FJ, Shah ND, Lennon RJ, Lusser JP, Alkatib AA, Rihal CS, et al. Factors associated with 30-day readmission rates after percutaneous coronary intervention [Internet]. *Arch Intern Med*. 2012;172(2):112–7. [cited sept 01, 2020]. Available from: doi: <http://www.dx.doi.org/10.1001/archinternmed.2011.569>.
34. Karunathilake SP, Ganegoda GU. Secondary prevention of cardiovascular diseases and application of technology for early diagnosis [Internet]. *Biomed Res Int*. 2018:01-09. [cited sept 12, 2020]. Available from: doi: <https://doi.org/10.1155/2018/5767864>.
35. Wolf A, Vella R, Fors A. The impact of person-centred care on patients' care experiences in relation to educational level after acute coronary syndrome: secondary outcome analysis of a randomised controlled trial. *Eur J Cardiovasc Nurs* [Internet]. 2019;18(4):299-308. [cited sept 12, 2020]. Available from: doi: <https://doi.org/10.1177/1474515118821242>.