

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

MARIA JOSÉ MONTEIRO DE ASSIS

**ACOLHIMENTO: CRITÉRIOS UTILIZADOS PELOS ENFERMEIROS NA
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA
EM UMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

MARIA JOSÉ MONTEIRO DE ASSIS

**ACOLHIMENTO: CRITÉRIOS UTILIZADOS PELOS ENFERMEIROS NA
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA
EM UMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Doenças Crônicas do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Tânia Alves Canata Becker

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **ACOLHIMENTO: CRITÉRIOS UTILIZADOS PELOS ENFERMEIROS NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA EM UMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA** de autoria da aluna **MARIA JOSÉ MONTEIRO DE ASSIS** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Doenças crônicas não transmissíveis.

Profa. Msc. Tânia Alves Canata Becker
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

DEDICATÓRIA

A meu esposo Paulo Marconi, companheiro que dentro do cenário da vida me inspira a trilhar
novos caminhos.

A meus filhos Jéssica e Paulo Victor que me inspiram harmonia e beleza dádivas de DEUS.

A Nazaré amiga de jornada de trabalho e estudos pela parceria.

AGRADECIMENTOS

A Deus, expressão perfeita do amor que transcende todo ser.
A Professora orientadora, Tânia Alves Canata Becker, pelo incentivo, persistência, paciência e quem soube retirar o melhor de mim.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	09
2 OBJETIVO GERAL.....	13
2.1 Objetivos específicos.....	13
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	13
3.1 Contextualização do acolhimento a pessoa com insuficiência cardíaca.....	14
4. METODOLOGIA.....	15
4.1 Tipo de estudo.....	15
4.2 Descrição do local do estudo.....	15
4.3 População e amostra.....	15
4.4 Critérios de inclusão e exclusão.....	16
4.5. Instrumento de coleta de dados.....	16
4.6 Aspectos éticos.....	16
5 RESULTADO E ANÁLISE.....	16
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	19
REFERÊNCIAS.....	22
ANEXO.....	24

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características dos pacientes hospitalizados com insuficiência cardíaca, considerando os seguintes indicadores: sexo, procedência e idade. Fortaleza/CE, 2014.....	17
Tabela 2. Distribuição segundo sinais vitais: pressão arterial, frequência cardíaca e saturação de oxigênio de acordo com registro da ficha de acompanhamento. Fortaleza/CE, 2014.....	17
Tabela 3. Sinais e sintomas relativos à IC identificados na ficha de acolhimento de enfermagem- emergência. Fortaleza/CE, 2014.....	18
Tabela 4. Classificação de risco e atendimento dos pacientes com insuficiência cardíaca. Fortaleza/CE, 2014.....	18
Tabela 5. Fatores de risco/comorbidades encontrados nos registros das fichas de acolhimento – emergência dos pacientes com IC. Fortaleza/CE, 2014.....	19

RESUMO

O aumento da morbimortalidade por doenças cardiovasculares tem mobilizado estudiosos para compreender as causas e fatores de risco associados. A grande demanda de pacientes atendidos nas emergências em hospitais de grande porte tem sido relacionada às doenças cardiovasculares nas quais se destacam as doenças coronarianas, as insuficiências cardíacas e acidente vascular cerebral. Este trabalho tem o objetivo geral analisar os critérios utilizados pelos enfermeiros que realizam o programa de acolhimento para a classificação de riscos em pacientes com Insuficiência cardíaca (IC) atendidos em um hospital de emergência cardiovascular. Tendo como objetivos específicos: Identificar na Ficha de Acolhimento de Enfermagem - Emergência os dados pessoais e clínicos dos pacientes portadores de IC; descrever os sinais, sintomas e classificação dos pacientes que portam IC, identificados pelos enfermeiros; elencar registros realizados pelos enfermeiros, mais relevantes que caracterizam os pacientes que portam IC. Trata-se de uma pesquisa do tipo documental e descritiva. Percebeu-se que o enfermeiro é o profissional apontado com o papel de educador que comporta uma visão mais abrangente por realizar um diagnóstico preciso da magnitude dos fatores relacionados ao problema das re-hospitalizações e de seus fatores determinantes. Cabe então deixar registrado na ficha de acolhimento o encaminhamento intrahospitalar do usuário/familiar para explorar o enfoque preventivo, propiciando assim, o empoderamento do usuário com a participação ativa no tratamento com medidas de promoção e prevenção.

1. INTRODUÇÃO

O aumento da morbimortalidade por doenças cardiovasculares tem mobilizado estudiosos para compreender as causas e fatores de risco associados. A grande demanda de pacientes atendidos nas emergências em hospitais de grande porte tem sido relacionada às doenças cardiovasculares nas quais se destacam as doenças coronarianas, as insuficiências cardíacas e acidente vascular cerebral (CARDIOL, 2013).

Dentre as cardiopatias destaca-se a insuficiência cardíaca (IC) por ser descrita como uma ‘‘síndrome endêmica complexa causada por disfunção cardíaca, que tem como característica a dilatação ou hipertrofia ventricular ‘’. Apresenta-se como uma doença crônica e sua instabilidade provoca limitação funcional através do remodelamento do miocárdio com repercussão na qualidade de vida dos pacientes (BARRETO, 2011).

A miocardiopatia por apresentar peculiaridade de doença crônica envolve permanência do desvio de saúde, advindas de comorbidades que acarretam perdas funcionais, além de interferência na qualidade de vida provocadas por limitações.

Estudos apontam uma prevalência mundial estimada em 23 milhões de pessoas tem IC e que dois milhões de casos novos são diagnosticados anualmente. O crescente aumento da incidência de IC atribui-se aos avanços terapêuticos no tratamento das doenças cardíacas (hipertensão arterial, infarto agudo do miocárdio, incluindo também as miocardiopatias) proporcionando maior longevidade e como consequência, a elevação da prevalência e de hospitalização (NOGUEIRA e Cols, 2011).

Consultando dados do DATASUS, existe no Brasil em torno de dois milhões de pacientes com IC, sendo diagnosticados 240 mil casos por ano. As estimativas para 2025 , apontam que o Brasil terá a sexta maior população em idosos, aproximadamente , 30 milhões de pessoas (15% da população total) O resultado de tudo isso mostra o aparecimento dos casos de IC e que torna dispendioso a hospitalização advinda muitas vezes como motivo de reinternações (NOGUEIRA e Cols, 2011).

Quando em consulta nos dados do DATASUS no município de Fortaleza-Ceará, de janeiro a novembro de 2012, foram 5.330 internações hospitalares por insuficiência cardíaca, sendo 316 óbitos. A elevação das taxas de readmissões hospitalares aponta como um dos grandes

problemas relacionados à evolução da IC causadas pela descompensação da IC com agravamento do quadro clínico adicional ao miocárdio com piora da qualidade de vida. (ARAÚJO et al., 2013).

Portanto, a IC é apontada atualmente como um relevante problema de saúde pública. Tendo em vista, todo esse contexto com elevadas taxas de incidência, prevalência e óbitos, nos chama atenção para traçar novas estratégias quanto à eficácia no atendimento dessa clientela que porta uma doença crônica.

As readmissões hospitalares envolvem duas importantes dimensões: falhas no atendimento de âmbito hospitalar com atenção voltada mais para cura (doença) e a outra é relacionada ao próprio usuário, ou seja, fatores comportamentais. Diante do exposto a IC apresenta fatores que se associam ao aumento do risco de instabilização do quadro clínico com manutenção dos agravos à saúde.

Cabe aqui mencionar que os fatores de risco como idade, sexo e hereditariedade fogem as estratégias de ações diretas a saúde, mas mesmo assim apontam a vulnerabilidade do indivíduo aos fatores de risco controláveis ou comportamentais.

Dos fatores comportamentais, podem ser citadas a falta de adesão à medicação, dificuldade para modificação no estilo de vida, bem como demora em buscar atendimento médico quando reconhece piora do quadro clínico. Estudos têm evidenciado que a piora da classe funcional da NYHA e a falta de seguimento planejado após o diagnóstico de IC, bem como comprometimento da qualidade de vida, predizem readmissões hospitalares no período de 30 e 60 dias, respectivamente (MARGOTO et al., 2009).

Os modelos de atenção à saúde em DCNT preconiza enfoque nas Linhas de Cuidado Integral, inserida no SUS, que estabelece e operacionaliza os princípios e diretrizes, pois incorpora a idéia de integralidade na assistência à saúde. Isto significa unir ações preventivas, curativas e de reabilitação e proporcionar o acesso a todos os recursos tecnológicos que o usuário necessita, desde simples visitas domiciliares pela Estratégia da Saúde da Família até recurso de alta complexidade hospitalar. Além disso, a Linha de Cuidado Integral requer uma opção de política de saúde e de boas práticas dos profissionais (MALTA et al., 2012).

A principal questão a ser enfrentada atualmente para a mudança dos serviços de saúde não só no que se refere à integração entre as Redes de Atenção com enfoque nas Linhas de Cuidado

Integral como a organização dos processos de trabalho centrada no usuário e em suas necessidades.

O enfermeiro que atua na triagem é o protagonista no acolhimento com classificação de risco e, por isso, este profissional deve refletir sobre o desafio de novas tecnologias a fim de mudar o cenário capaz de aprimorar capaz de garantir a eficácia e resolubilidade na assistência de maneira dinâmica e habilidosa (UCHOA et al., 2010).

A aplicação de protocolos é uma estratégia utilizada pelo enfermeiro para promover avaliação do usuário em estado crítico com segurança e resolutividade. É um suporte criado de forma dinâmica para tomada de decisão e avaliação ancorada no conhecimento teórico prático como habilidades imprescindíveis para atuação do enfermeiro.

Os critérios necessários para prestar cuidados de urgência/emergência devem incluir habilidades como: agilidade técnica manual, controle psíquico emocional, sensibilidade para atender às necessidades humanas, fluência na comunicação com vistas a considerar o usuário do sistema de saúde como gestor de seu auto cuidado dentro do contexto em que cada um se lhe apresenta de acordo com a classificação de risco. A fluência na comunicação e a integração interdisciplinar com vistas a eficiência da assistência humanizada são pré-requisitos primordiais no atendimento em emergência. O enfermeiro é o profissional que recebe e faz a primeira avaliação, nos serviços de urgência, determinando prioridade na assistência e tempo de espera (BRASIL, 2009).

A característica dos serviços de urgência /emergência é prestar atendimento a pacientes em situações agudas e risco de morte como também de sofrimento iminente, a realidade enfrentada por estes serviços mostram-se distorcidas, pois boa parte da clientela procura este atendimento poderiam ter resolvido seu problema em atendimento das redes básicas de saúde, uma vez que essa demanda não requer atendimento de urgência/emergência.

A desarticulação dos níveis de atenção do sistema de saúde, o descrédito do usuário do SUS e a pouca resolutividade em relação ao nível primário de atenção a tem contribuído para a superlotação nos setores de urgência /emergência (AZEVEDO et al., 2010).

Isto resulta em tempo de espera por atendimento médico maior que uma hora, pacientes acamados nos corredores, período prolongado de internação sentado em cadeiras sem nenhum conforto, baixa qualidade na assistência pela alta tensão da equipe multiprofissional e maior risco

de erros por sobrecarga física e mental da equipe de trabalho (BITTENCOURT; HORTALE, 2009).

Infelizmente esta tem sido a realidade que ainda permeiam os usuários do SUS em redes hospitalares. Atualmente estamos enfrentando superlotação nos Hospitais da rede SUS, sendo necessário fazer valer o princípio do SUS de integralidade, dinamizar e integrar as Redes de Atenção a Saúde.

Segundo a Política Nacional de Atenção às Urgências Emergências criada pelo Ministério da Saúde que estipula regulamento para qualificar este atendimento ao usuário do sistema de saúde. Este regulamento preconiza que os serviços ofereçam o acolhimento com triagem classificatória de risco e atendimento sequencial. E nos casos de inadequada demanda ou após atendimento de urgência o usuário deveria ser referenciado para a devida inserção no Sistema Único de Saúde (SUS) ou para a continuação do tratamento nas Redes de Atenção de Urgências (BRASIL, 2011).

O acolhimento vai além, pois é uma ação técnico – assistencial com um intuito de mudar a relação profissional/ usuário e a rede de atendimento. O usuário é visto como participante de todo o processo de produção de saúde. O acolhimento é um modo de atender sendo imprescindível ouvir e assumir uma postura capaz de acolher, escutar pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Prestar atendimento com resolutividade e responsabilidade, orientando o usuário e a família para continuação da Assistência em outro serviço de saúde para melhor garantir a eficácia do atendimento (BRASIL, 2004).

Quando realizado pelo enfermeiro, o acolhimento vai além da dimensão de avaliação de risco com classificação das cores para triar o atendimento hospitalar, requer a integração do usuário do SUS com o profissional enfermeiro para desenvolver estratégias de promoção da qualidade de vida, educação, proteção e recuperação da saúde instigando no usuário sua autonomia.

Desta forma, ao aderir a estratégia de classificação de risco o profissional enfermeiro tem trabalhado as dimensões do cuidar com enfoque curativo na qual fica somente na detecção de sinais e sintomas para melhorar o fluxo de atendimento ou dentro da Instituição existe criação de grupos que estimulem o autocuidado incluindo a automonitorização dos parâmetros clínicos,

terapêuticos como também nos fatores de risco modificáveis ou comportamentais com objetivo de prevenir agravos.

Assim, a escolha do presente tema se deu pela vivência profissional em observar as elevadas taxas de readmissões, principalmente naqueles pacientes que portam doenças crônicas como a IC, em serviço de emergência de um hospital especializado em doenças cardiopulmonar, bem como constatar a eficiência e eficácia da classificação de risco realizado pelos enfermeiros.

A relevância deste tema se torna pertinente uma vez que este estudo irá apresentar subsídios para discutir prováveis reorientações na aplicação de critérios de atendimentos na referida instituição e o encaminhamento daqueles pacientes que portam IC, priorizando a prevenção e promoção da IC.

2. OBJETIVO GERAL

- Analisar os critérios utilizados pelos enfermeiros que realizam o programa de acolhimento para a classificação de riscos em pacientes com Insuficiência cardíaca (IC) atendidos em um hospital de emergência cardiovascular.

2.1. Objetivos específicos

- Identificar na Ficha de Acolhimento de Enfermagem – Emergência os dados pessoais e clínicos dos pacientes portadores de IC;
- Descrever os sinais, sintomas e classificação dos pacientes que portam IC, identificados pelos enfermeiros;
- Elencar registros realizados pelos enfermeiros, mais relevantes que caracterizam os pacientes que portam IC.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A caracterização desta pesquisa é a convergente-assistencial segundo Paim é conduzida para descobrir realidades, resolver problemas específicos ou introduzir inovações em situações

específicas, em determinado contexto da prática assistencial; portanto se caracteriza como trabalho de investigação, porque se propõe refletir a prática assistencial a partir de fenômenos vivenciados no seu contexto, o que pode incluir construções conceituais inovadoras (PAIM, 1999).

A reflexão da prática se fez pertinente uma vez que a ambiência da emergência requer do enfermeiro uma visão não só voltada para ações imediatas das necessidades afetadas como também trabalhar em cima das causas do adoecimento, tendo desta forma um olhar imerso no universo das redes de saúde interligadas envolvidas na dimensão de ações de promoção e prevenção e reabilitação dos agravos à saúde.

A sistematização dessas ações em seu amplo contexto deve estar inserida nos níveis de atenção de assistência à saúde buscando a integralidade do ser usuário dentro do contexto a que se propõe a pesquisa em uma unidade de emergência.

3.1 Contextualização do acolhimento a pessoa com insuficiência cardíaca

A caracterização da condição crônica que acompanha o paciente que porta IC destaca-se pela relação de atributos relativos a doença crônica como : longa duração, incapacidade residual, degenerativa, irreversível, dependência contínua de medicamentos, caráter recorrente citados por Freitas (2007).

O acolhimento desse usuário que porta uma condição crônica de saúde como a IC, e que abrange uma dimensão ampla, contempla uma contínua e concomitante ação de prevenção primária, secundária e serviço de reabilitação sendo necessário proporcionar um atendimento humanizado e também o empoderamento desse usuário. O enfermeiro precisa se inserir neste contexto reformulando o seu processo de trabalho de acordo com o perfil do usuário, rearticulando as redes de assistência a saúde conforme as necessidades afetadas que lhes apresentam.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa do tipo documental e descritiva. Segundo Gil (2008) a pesquisa descritiva tem como principal objetivo descrever características de uma determinada população e este tipo de pesquisa utiliza procedimentos estruturados para a coleta de dados.

Gil (2008) assegura que o levantamento de dados é o tipo de estudo aplicado, as informações acerca do problema e são obtidas por solicitação e interrogação diretas aos integrantes do universo pesquisado e tem como principal vantagem o conhecimento direto da realidade à medida que as próprias pessoas informam a respeito de seu comportamento.

4.2 Descrição do local do estudo

O estudo foi realizado no setor de Serviço de Arquivo Médico Estatística – SAME, responsável pelo arquivamento de prontuários e colabora com elaboração de relatórios e boletins estatísticos referentes ao movimento hospitalar, localizado em uma unidade de emergência de um hospital público, de nível terciário, especializado no diagnóstico e tratamento de doenças cardíacas e pulmonares.

4.3 População e amostra

A população foi constituída de 1040 fichas de acolhimento de enfermagem – Emergência de pacientes atendidos no referido hospital pesquisado. A amostra foi constituída de 122 Fichas de acolhimento de enfermagem – Emergência com pacientes portadores de IC.

4.4 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos as 122 fichas (Ficha de acolhimento de enfermagem –Emergência) de pacientes portadores de IC atendido na emergência do referido hospital pesquisado, ambos os gêneros e idade a partir de 35 anos, atendidos no acolhimento realizado pelo enfermeiro.

Foram excluídos as fichas dentre as Fichas de acolhimento de enfermagem –Emergência os pacientes portadores de outras patologias como: Doença Obstrutiva Crônica, Acidente vascular cerebral, Insuficiência Respiratória Aguda e Infarto Agudo do Miocárdio.

4.5. Instrumento de coleta de dados

O instrumento escolhido foi o impresso da Instituição denominado de – Ficha de acolhimento de enfermagem – Emergência (Anexo A) no qual foram contemplados os objetivos da pesquisa. A coleta de dados foi realizada no período de 01 a 15 de março do ano de 2014.

4.6 Aspectos éticos

Neste estudo foram mantidas as autenticidades das ideias, conceitos e definições dos autores pesquisados bem como foram realizadas as devidas citações e referências de acordo com as normas da ABNT.

5. RESULTADO E ANÁLISE

As informações foram coletadas e codificadas e tabuladas no programa Microsoft Office Excel 2003, posteriormente analisadas e apresentadas em tabelas e interpretadas conforme objetivos do estudo.

5.1 RESULTADOS

Tabela 1. Características dos pacientes hospitalizados com insuficiência cardíaca, considerando os seguintes indicadores: sexo, procedência e idade. Fortaleza/CE, 2014.

CARACTERÍSTICA DOS PACIENTES	n=122	%
SEXO		
Masculino	80	66
Feminino	42	34
PROCEDÊNCIA		
Fortaleza	98	80
Interior	42	20
IDADE		
35 - 45	9	7
45 - 55	25	20
55 - 65	23	19
65 - 75	30	25
75 - 85	19	16
85 - 95	16	13

No grupo de 122 pacientes, houve predomínio do sexo masculino (66%) No que se refere a faixa etária, a idade recaiu entre 65 a 75 anos com (25%) sendo que a procedência (80%) proveniente de Fortaleza.

Tabela 2. Distribuição segundo sinais vitais: pressão arterial, frequência cardíaca e saturação de oxigênio de acordo com registro da ficha de acompanhamento. Fortaleza/CE, 2014.

PRESSÃO ARTERIAL		
Hipertensão	76	62
Normotenso	46	38
FREQUÊNCIA CARDÍACA		
Taquicardia	20	16
Normocardia	102	84
SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO		
Saturação normal	117	96
Saturação baixa	5	4

Na relação pressão arterial observa-se predominância dos pacientes hipertensos (62%) revelando importante fator de risco para desenvolvimento da IC. Quanto a distribuição por

frequência cardíaca, observou-se que (16%) com presença de taquicardia. A saturação de oxigênio (4%) com hipossaturação caracterizando desconforto respiratório.

Tabela 3. Sinais e sintomas relativos à IC identificados na ficha de acolhimento de enfermagem-emergência. Fortaleza/CE, 2014.

SINAIS E SINTOMAS	n= 122	%
Desconforto respiratório	40	33
Edema de MMII + desconforto respiratório	26	21
Fadiga	41	34
Tosse seca + desconforto respiratório	1	1
Precordialgia + desconforto respiratório	14	11

No que se refere aos sinais /sintomas, apontados na ficha, o sintoma mais prevalente foi o desconforto respiratório (66%), seguido pela fadiga associada ao esforço (34%) e edema (21%).

Tabela 4. Classificação de risco e atendimento dos pacientes com insuficiência cardíaca. Fortaleza/CE. 2014.

Classificação	n= 122	%
Azul	16	13
Verde	20	16
Amarelo	83	68
Vermelho	3	3
Atendimento		
Rede básica	5	4
Rede secundária	11	9
Ambulatório especializado	2	2
Pronto atendimento	104	85

A classificação de risco / Atendimento em sua maioria se concentrou no amarelo com (68%) e encaminhados para o pronto atendimento foram (85%) dos pacientes admitidos na emergência com IC caracterizando o grau de gravidade dos pacientes.

Tabela 5. Fatores de risco/comorbidades encontrados nos registros das fichas de acolhimento – emergência dos pacientes com IC. Fortaleza/ CE, 2014.

FATORES DE RISCO/COMORBIDADES	n= 122	%
Hipertensão	26	21
Hipertensão+Dislipidemia	18	15
Hipertensão +Tabagismo	26	21
Hipertensão +Dislipidemia+Tabagismo	5	5
Hipertensão+Dislipidemia+Diabetes+Tabagismo	11	9
Hipertensão+Diabetes+Tabagismo	6	5
Hipertensão+Diabetes+Dislipidemia	10	8
Hipertensão+Diabetes Mellitus	4	3
Doença de Chagas+ Valvulopatias	12	10
Dislipidemia+Tabagismo	4	3

Dos fatores de risco a comorbidade mais encontrada recaiu na hipertensão (87%) seguida de diabetes mellitus (25%), já relacionado a fatores comportamentais a dislipidemia (37%) e tabagismo com (43%).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados encontrados nas fichas de acolhimento a predominância recaiu na idade acima de 65 anos (54%) dos pacientes. Sabe-se que a faixa etária, acima de 60 anos, quando associados aos fatores de riscos como hipertensão, dislipidemia e diabetes predispõe essa população ao agravamento do estado clínico do IC aumentando a permanência e consequentemente os custos hospitalares.

A intervenção do enfermeiro é de grande importância, pois a educação em saúde não só envolve esse usuário como também a família, pois as limitações impostas não só pela idade como também pela Insuficiência Cardíaca em si cria elos de responsabilidades mútuas principalmente quanto a adesão e ao tratamento farmacológico e não farmacológico com objetivo de diminuir a incidência de internações e reinternações.

Vale ressaltar que (46%), dos pacientes atendidos encontravam-se na faixa de adulto jovem o que evidencia o impacto social imposto pela IC, com comprometimento da qualidade de vida e como doença que incapacita muitas vezes o paciente para o mercado de trabalho devido às diversas readmissões hospitalares por descompensação do quadro clínico.

Os sinais e sintomas que levaram os pacientes à descompensação da IC destacaram-se os sinais congestivos como o desconforto respiratório (66%) acompanhado fadiga (34%), edema de membros inferiores (21%) chamando a atenção quanto a prevalência da forma congestiva da descompensação cardíaca. O enfermeiro faz o elo de ligação com o usuário e o resultado desta interação vai em busca de questões como a causa do adoecimento quais os sinais e sintomas de alerta da IC . O levantamento de questões como: falha na adesão medicamentosa, a relação com o uso de anti-inflamatórios, o monitoramento da ingestão hídrica (restrição hídrica), característica da diurese e diminuição do débito urinário, como esta o quadro de vacina contra infecções respiratória, o aparecimento de edema dos membros inferiores.

Quanto à caracterização dos fatores de risco, as comorbidades apontadas neste estudo destacaram-se a hipertensão (87%), seguida da diabetes (25%), a dislipidemia (37%). Mais uma vez essas comorbidades só vem reforçar a importância da educação em saúde onde o enfermeiro tem papel preponderante como educador que instiga o usuário a relacionar essas outras causas de adoecimento que agravam a IC quando não são bem controladas.

Os registros contemplados nas fichas de acolhimento de enfermagem-emergência colocou em evidência a classificação de risco especificado através do grau de gravidade detectado nos pacientes que portam IC com respaldo no protocolo da Instituição .Percebeu-se uma dinâmica de trabalho voltado para a gravidade do paciente caracterizando assim, o fluxo de atendimento com encaminhamento devido sendo mais expressivo para o pronto atendimento, cor amarela (85%), já os demais seguiram para as redes de apoio .

Percebeu-se na ficha de acolhimento do estudo que não está bem caracterizado a eficácia quanto à referência e a contra referência dos encaminhamentos com objetivo de prosseguir o atendimento nas redes básicas.

As ligações entre as Redes de Atendimento e os diferentes níveis de atenção deveriam estar interligadas em rede de informação onde o cadastro não só com dados de identificação como os registros do atendimento passariam de uma instituição para a outra contribuindo com a agilização do atendimento em que cada serviço viesse pactuar de forma organizada, complementando a ação do outro serviço.

Na ficha de acolhimento o enfermeiro procurou identificar os sinais e sintomas demonstrando avaliação clínica do paciente que porta IC mais precisa, respaldado pelo protocolo

da instituição. Foram apontados os fatores de riscos tanto biológico como comportamental que interferiram no processo de adoecimento como também importante sinalizador para a descompensação da IC caso a persistência desses fatores.

Quando se fala em acolhimento extrapola-se a dimensão de avaliação do risco, requer valer o princípio da integralidade estabelecendo estratégias de promoção e prevenção dos fatores de risco efetivados conjuntamente com o usuário estimulando sua autonomia. O momento a ser estabelecido essas estratégias envolve a participação da equipe interdisciplinar conjuntamente com o usuário em oportunizar a formação de grupos de interesse dentro da instituição focando a dimensão do cuidar com olhar preventivo e de promoção da saúde.

O enfermeiro é o profissional apontado com o papel de educador que comporta uma visão mais abrangente por realizar um diagnóstico preciso da magnitude dos fatores relacionados ao problema das re-hospitalizações e de seus fatores determinantes. Cabe então deixar registrado na ficha de acolhimento o encaminhamento intrahospitalar do usuário e familiar para explorar o enfoque preventivo, propiciando assim, o empoderamento do usuário com a participação ativa no tratamento com medidas de promoção e prevenção.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. M.; LIMA, F. E. T.; NEVES, F. M. O.; OLIVEIRA S. K. P.; HOLANDA, V. G.; ASSIS, M. J. M. Insuficiência Cardíaca: Característica Sociodemográficas e clínicas de pacientes. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 7, n. 9, p. 5383-5387, set. 2013.

BARRETO; A. C. P.; DEL CARLO, C. H.; CARDOSO, J. N.; MORGADO, P. C.; MUNHOZ, R. T.; EID, M. O. et al. Re-hospitalizações e morte por insuficiência cardíaca: índices ainda alarmantes. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 91, n. 5, p. 335-341, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. (**Cadernos de Atenção Básica, n. 28, v. I**). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência / **Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Brasília: Ministério da Saúde, 2009.**

EKMAN, I.; FAGERBERG, B.; SKOOG, I. The clinical implications of cognitive impairment in elderly patients with chronic heart failure. **Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 16, n. 1, p. 47-55, 2001.

GARLET, E. R. et al. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em sistema de urgência e emergência. **Texto contexto-enfermagem**, v. 18, n. 2, pp. 266-272, 2009.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MALTA, D. C. et al. Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em adultos: estudo transversal, Brasil, 2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 22, n. 3, set. 2013.

MARGOTP, G.; COLOMBO, R. C. R.; GALLANI, M. C. B. J. Características clínicas e psicossociais do paciente com insuficiência cardíaca que interna por descompensação clínica. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, p.44-53, 2009.

MOTA, D. M.; FILHO, F. C. F.; AVEZUM, A.; PAOLA, A. A. V.; NETO, J. A. M. Como melhorar o controle das doenças cardiovasculares? Lições dos estudos epidemiológicos. **Revista Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 14-23, 2013.

NAKASATO, M.; STRUNCKT, C. M. C.; GUIMARÃES, G.; REZENDE, M. V. C.; BOCCHI, E. A. A dieta com baixo teor de sódio é de fato indicada para todos os pacientes com

insuficiência cardíaca estável? **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 94, n. 1, p.92-101, jan. 2010.

NOGUEIRA, P. R.; RASSI, S.; CORREA, K. S. Perfil epidemiológico, clínico e terapêutico da Insuficiência cardíaca em hospital terciário. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 95, n. 3, p. 392-398, 2010.

PAIM, L.; TRENTINI, M. **Pesquisa em enfermagem uma modalidade convergente-assistencial**. Florianópolis. Ed da UFSC, 1999.

UCHOA, A. C.; SOUSA, F. C. F.; VILAR, R. L. A.; ROCHA, N. S. P. D.; ROCHA, P. M. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise de percepções dos usuários e profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, sup 1, p. 100-10, 2008.

ANEXO – Ficha de Acolhimento de Enfermagem – Emergência



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria de Saúde

FICHA ACOLHIMENTO DE ENFERMAGEM - EMERGÊNCIA

PACIENTE							
IDADE	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	PROCEDÊNCIA	PA	PC	FR	SATOS
QUEIXAS IMPORTANTES							
CLASSIFICAÇÃO <input type="checkbox"/> AZUL <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/> AMARELO <input type="checkbox"/> VERMELHO							
ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> REDE BÁSICA <input type="checkbox"/> REDE SECUNDÁRIA <input type="checkbox"/> AMB. ESPECIALIZADO <input type="checkbox"/> PRONT. ATEND.							
EXAMES							
OBSERVAÇÕES							
____/____/____			____:____		_____		_____
DATA			HORA		CARIMBO E ASSINATURA DO ENFERMEIRO		

DM 544.1