

Perfil dos pacientes atendidos em urgência e emergência cardiológica em um serviço de referência

Eduardo Tavares Gomes*, Andrey Vieira de Queiroga**, Simone Maria Muniz da Silva Bezerra, D.Sc.***

Enfermeiro, especialista em Suporte Avançado de Vida pela Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças da Universidade de Pernambuco, residente de Enfermagem em Cardiologia do Pronto-Socorro Cardiológico Universitário de Pernambuco, **Enfermeiro, especialista em Obstetrícia pela Faculdade Santa Emília – FASER, residente de Enfermagem em Cardiologia do Pronto-Socorro Cardiológico Universitário de Pernambuco, *Enfermeira, pós-doutora em Enfermagem Fundamental pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, professora orientadora do Programa Associado de Pós-graduação em Enfermagem UPE/UEPB, coordenadora da especialização em Enfermagem em Cardiologia na modalidade residência do Pronto-Socorro Cardiológico de Pernambuco*

Resumo

Objetivo: Verificar o perfil dos pacientes admitidos em um serviço de emergência de referência de atenção à saúde. **Material e métodos:** Trata-se de um estudo de corte transversal, prospectivo, de abordagem quantitativa realizado em um serviço de emergência de referência de Recife/PE. Participaram da amostra 91 pacientes admitidos no serviço de emergência, no período após classificação de risco e o período da internação hospitalar ou alta, antes de completadas 24 horas da entrada no serviço. **Resultados:** A amostra apresentou predominância do sexo masculino (53,8%), com idade maior que 60 anos (60,4%), procedente da própria capital (41,8%), aposentados (46,2%), mais de 10 anos de escolaridade (57,2%), renda entre 3 e 6 salários mínimos (35,6%). Predominância de hipertensão de grau I e queixa principal a dor torácica (41,8%). A média de tempo entre início dos sintomas e admissão foi de $18,71 \pm 13,09$. A maior parte dos pacientes chegou ao serviço entre 12 e 24 horas (31,9%), através de ambulâncias de serviços de atendimento pré-hospitalares fixos (75,8%), 13,2% foram removidos pelo SAMU e 11% foram transferidos ao hospital por transporte próprio. **Conclusão:** Os profissionais dos serviços de emergência devem estar preparados para prestar assistência ideal, visando melhora do prognóstico e aumentar a sobrevida dos pacientes.

Palavras-chave: perfil de saúde, serviços médicos de emergência, doenças cardiovasculares, cardiologia.

Abstract

Profile of patients attending urgency and emergency cardiology in a reference service

Objective: To determine the profile of patients admitted to a health care emergency referral service. **Methods:** This is a cross-sectional study, prospective cohort, and quantitative approach carried out in an emergency referral service of

Recebido em 23 de dezembro de 2013; aceito em 16 de abril de 2014.

Endereço para correspondência: Eduardo Tavares Gomes, Pronto-Socorro Cardiológico Universitário de Pernambuco, Universidade de Pernambuco, Rua dos Palmares, 262, Santo Amaro, 50100-060 Recife PE, E-mail: andreyquixa@hotmail.com, simonemunizm2@gmail.com

Recife/PE. A sample of 91 patients admitted to the emergency department, in the period following risk classification and during hospital admission or discharge, before completing 24 hours of admission in the service. *Results:* The sample was predominantly male (53.8 %), over 60 years (60.4 %), coming from Recife (41.8 %), retired (46.2 %), more than 10 years of schooling (57.2 %), income between 3 and 6 minimum wages (35.6 %). Prevalence of hypertension grade I and main chest pain complaint (41.8 %). The average time between onset of symptoms and admission was 18.71 ± 13.09 . The majority of patients arrived at health care emergency service between 12 and 24 hours (31.9 %), by pre-hospital ambulance care services (75.8 %), 13.2% were removed by SAMU (Mobile Emergency Care Service) and 11% were transferred to hospital using their own transport. *Conclusion:* The emergency care services personnel should be able to provide optimal care, aiming improvement of prognosis and increase survival of patients.

Key-words: health profile, emergency medical service, cardiovascular diseases, cardiology.

Resumen

Perfil de pacientes atendidos en urgencia y emergencia cardiológica en un servicio de referencia

Objetivo: Verificar el perfil de pacientes ingresados en un servicio de referencia de emergencia para la atención a la salud. *Métodos:* Se trata de un estudio transversal, prospectivo de cohortes, y enfoque cuantitativo, realizado en un servicio de referencia de emergencia de Recife -PE. Participaron del estudio 91 pacientes ingresados en el servicio de urgencias, en el período que siguió a la clasificación de riesgo y durante el ingreso y alta hospitalaria, antes de completar las 24 horas. *Resultados:* La muestra fue predominantemente masculina (53,8 %), con más de 60 años (60,4 %), procedentes de Recife (41,8 %), jubilados (46,2 %), más de 10 años de estudio (57,2 %), ingresos entre 3 y 6 salarios mínimos (35,6 %). Predominio de hipertensión de grado I y principal queja dolor en el pecho (41,8 %). El tiempo promedio entre el inicio de síntomas y el ingreso fue de $18,71 \pm 13,09$. La mayoría de los pacientes se presentaron para el tratamiento entre 12 y 24 horas (31,9 %) por ambulancia de los servicios de atención prehospitalaria (75,8%), el 13,2 % fueron recogidos por el SAMU (Sistema de Atención Móvil de Urgencias) y el 11% fue trasladado al hospital por sus medios propios. *Conclusión:* Los servicios de emergencia profesionales deben ser capaces de proporcionar una atención óptima a los pacientes, con el objetivo de mejora del pronóstico y aumentar la supervivencia de los pacientes.

Palabras-clave: perfil de salud, servicios médicos de urgencias, enfermedades cardiovasculares, cardiología.

Introdução

A Política Nacional de Atenção às Urgências orienta a organização do sistema de saúde em unidades pré-hospitalares fixas e móveis, unidades hospitalares e pós-hospitalares. Essas instâncias devem estar preparadas para suas atribuições no atendimento ao paciente agudo e integradas entre si através de uma unidade de regulação que organize o atendimento dos pacientes dentro de suas necessidades, em tempo hábil, distribuindo-os na rede até o atendimento especializado, quando necessário [1].

Diante do preconizado, várias regiões metropolitanas vêm passando pela reorganização da rede, com o fortalecimento das unidades pré-hospitalares móveis, representada pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); implantação e preparo de serviços de atendimento pré-hospitalar fixo, em especial as Unidades não-hospitalares de Atendimento às Urgências ou Unidades de Pronto Atendimento e mudança no atendimento ao

público das unidades hospitalares. Os hospitais especializados, há anos referência para a população em atendimento de emergência, passaram a receber pacientes encaminhados pela regulação médica e não mais atender ao público irrestritamente, direcionando o primeiro atendimento e caracterizando as unidades pré-hospitalares como porta de entrada na rede. Porém, a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) ainda é incipiente, pois não permite, todavia, a observação de sua efetividade [2].

No que tange ao atendimento às urgências cardiovasculares e cerebrais, por se tratarem de acometimentos com resolução tempo-dependente, a necessidade de organização torna-se mais premente. No entanto, apesar do suporte especializado ser decisivo e indispensável na fase aguda do infarto agudo do miocárdio, síndromes coronarianas, acidente vascular cerebral e entidades clínicas, o atendimento inicial precoce e a primeira abordagem realizada são decisivos em relação ao desfecho e ao prognóstico. Por ser reconhecido, então, que as unidades pré-hospitalares

devem estar preparadas para esse atendimento primário, visto que são as portas de entrada no sistema, o Ministério da Saúde estabeleceu a atenção às urgências cardiovasculares e cerebrovasculares como linhas de cuidado prioritárias [3].

Para a garantia do tempo terapêutico do atendimento ao infarto agudo do miocárdio e às síndromes coronarianas agudas, a Linha do Cuidado do Ministério da Saúde reforça, como prioridade, as ações: implantação de protocolos de transferência e transporte para agilizar o atendimento – início rápido do tratamento de reperfusão imediata dos pacientes; expansão da telemedicina para diagnóstico eletrocardiográfico precoce (expansão do Tele ECG nos SAMU e nas UPA); qualificação do atendimento ao infarto nas urgências pré-hospitalares (SAMU e UPA); implementação da integração entre o diagnóstico pré-hospitalar e a conduta hospitalar; melhoria da comunicação e a articulação entre a Central de Regulação Médica de Urgência e as unidades de terapia intensiva coronariana para o atendimento imediato; além da garantia do fornecimento de medicamentos essenciais ao tratamento do IAM [3].

Através desta pesquisa, objetivou-se verificar o perfil dos pacientes admitidos em um serviço de emergência de referência que integra a rede de atenção à saúde de uma capital.

Material e métodos

Trata-se de um estudo de corte transversal, descritivo-exploratório, prospectivo, de abordagem quantitativa. Foi realizado no serviço de emergência de referência na cidade Recife-PE, que mantém atendimento cardiológico 24h. A pesquisa se deu entre dezembro de 2012 e fevereiro de 2013. Participaram da amostra 91 pacientes admitidos no serviço de emergência, no período após a triagem, acolhimento e classificação de risco, realizados por enfermeiros, e o período da internação hospitalar ou alta, antes de completadas 24 horas da entrada no serviço. Foram excluídos pacientes que se recusaram a participar do estudo em qualquer momento da pesquisa; pacientes inconscientes, desorientados ou confusos de forma a comprometer sua autonomia e com comunicação prejudicada que dificulta a coleta de dados, muitos deles classificados pelos enfermeiros como vermelhos, que segundo o protocolo institucional, representavam o risco mais elevado e a necessidade de atendimento em menor tempo possível.

O instrumento de coleta foi elaborado contendo dados clínicos relativos aos antecedentes de saúde e os diagnósticos de enfermagem possíveis de serem aplicados. Os dados foram coletados através de entrevista com o paciente e para outras informações foram consultados o resumo da classificação de risco realizada pelo enfermeiro e a ficha de atendimento médico. Os dados coletados foram arquivados em banco de dados e submetidos à análise estatística utilizando o software Epi-info 6.04. A realização deste trabalho teve a apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Integral de Pernambuco (IMIP).

Resultados

A amostra apresentou predominância do sexo masculino (53,8%), com idade maior que 60 anos (60,4%), procedência principal a própria capital (41,8%), aposentados (46,2%), mais de 10 anos de escolaridade (57,2%) e renda entre 3 e 6 salários mínimos (35,6%) (Tabela I).

Tabela I - Caracterização sociodemográfica dos pacientes atendidos em uma emergência cardiológica de referência. Recife-PE, 2012.

| Variáveis | N = 91 | % |
|--------------------------|--------|------|
| Sexo | | |
| Masculino | 49 | 53,8 |
| Feminino | 42 | 46,2 |
| Idade | | |
| < 40 anos | 4 | 4,4 |
| De 40 a 49 anos | 5 | 5,5 |
| De 50 a 59 anos | 27 | 29,7 |
| De 60 a 69 anos | 35 | 38,4 |
| > 70 anos | 20 | 22,0 |
| Procedência | | |
| Interior | 19 | 20,9 |
| Capital | 38 | 41,8 |
| RMR | 34 | 37,4 |
| Atividade laboral | | |
| Desempregado | 19 | 20,9 |
| Aposentado | 42 | 46,2 |
| De 20 a 40h/sem | 16 | 17,6 |
| Mais de 40 h/sem | 14 | 15,4 |
| Escolaridade | | |
| Analfabeto | 5 | 5,5 |
| Até 4 anos | 14 | 15,4 |
| De 5 a 10 anos | 20 | 22,0 |
| De 10 a 14 anos | 27 | 29,7 |
| Mais de 15 anos | 25 | 27,5 |

| Renda | | |
|---------------------|----|------|
| Até 3 salários | 15 | 16,5 |
| De 3 a 6 salários | 32 | 35,2 |
| De 6 a 10 salários | 31 | 34,1 |
| Mais de 10 salários | 3 | 3,3 |
| Não refere | 10 | 11,0 |

Quanto à apresentação clínica a triagem, houve predominância de hipertensão de grau I, índice de massa corporal compatível a peso normal (58,2%) e queixa principal a dor torácica (41,8%), seguida por dispneia (20,9%) e náuseas (17,6%) (tabela II). A referência de dor torácica como queixa incluiu a dor retroesternal típica e as irradiações. Não foi considerada a classificação da dispneia. A média de tempo entre início dos sintomas e admissão ao serviço foi de $18,71 \pm 13,09$. Poucos pacientes chegaram à porta do serviço com tempo de início dos sintomas menores que 1 hora (6,6%), sendo que a maior parte chegou entre 12 e 24 horas (31,9%) e entre 24 e 48 horas (29,7%) (tabela II). A maior parte dos pacientes chegou ao serviço através de ambulâncias de serviços de atendimento pré-hospitalares fixos (75,8%), 13,2% foram removidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e apenas 11% foi transferido do local de início dos sintomas ao hospital por transporte próprio. Quanto à origem, 58,24% foram regulados pelas unidades de saúde pré-hospitalares, enquanto que 29,67% deram entrada no serviço proveniente do próprio domicílio e 12,09 da via pública, que no estudo inclui espaços coletivos de lazer, comércio e conhecimentos (tabela II).

Tabela II - Distribuição dos pacientes atendidos em uma emergência cardiológica de referência quanto à apresentação clínica à triagem. Recife/PE, 2012.

| Níveis Pressóricos | N = 91 | % |
|---|--------|-------|
| Ótima | 1 | 1,10 |
| Normal | 9 | 9,89 |
| Limítrofe | 21 | 23,08 |
| Estágio 1 | 31 | 34,07 |
| Estágio 2 | 22 | 24,18 |
| Estágio 3 | 4 | 4,40 |
| IMC | | |
| Peso normal (18,5-24,9kg/m ²) | 53 | 58,2 |
| Sobrepeso (25-29kg/m ²) | 35 | 38,5 |
| Obesidade (>30kg/m ²) | 3 | 3,3 |
| Queixa principal | | |
| Dor torácica | 38 | 41,8 |
| Dispneia | 19 | 20,9 |
| Náusea | 16 | 17,6 |

| Vômito | 9 | 9,9 |
|--|----|-------|
| Outras queixas | 5 | 5,5 |
| Síncope | 4 | 4,4 |
| Tempo entre início dos sintomas e admissão | | |
| Menos de 1 h | 6 | 6,6 |
| Entre 1 e 6 h | 10 | 11,0 |
| Entre 6 e 12 h | 19 | 20,9 |
| De 12 a 24 h | 29 | 31,9 |
| Entre 24 h e 48 h | 27 | 29,7 |
| Meio de transporte | | |
| Próprio | 10 | 11,0 |
| Ambulância (de outros serviços pré-hospitalares fixos) | 69 | 75,8 |
| SAMU | 12 | 13,2 |
| Origem | | |
| Domicílio | 27 | 29,67 |
| Via pública | 11 | 12,09 |
| Outra unidade de saúde | 53 | 58,24 |

Discussão

O sexo masculino e a faixa etária maior que 65 anos encontradas estão relacionada ao risco de doenças cardiovasculares e ao atendimento de emergência [4]. Os pacientes que constituíram a amostra não foram segmentados por patologia ou condição clínica, incluindo-se vários diagnósticos médicos de entidades nosológicas cardiológicas.

Os pacientes que se apresentam nas unidades de emergência com dor torácica, devem ter uma abordagem adequada [5]. As ferramentas clínicas utilizadas para diferenciar a origem da dor torácica são: a adequada e rápida anamnese, exame clínico específico e direcionado, e averiguação dos sinais vitais [6]. O quadro sintomatológico da dor torácica é clássico e geralmente é descrita como um peso ou aperto no tórax, uma "queimação" ou dificuldade de respirar. Frequentemente está associada a uma irradiação para o ombro esquerdo, pescoço, região dorsal ou entre as escápulas e braço. Tipicamente ela vai aumentando em intensidade durante um período de poucos minutos [7]. A dor retroesternal pode afetar de forma significativa a qualidade de vida dos pacientes e frequentemente proporcionam modificações e limitações de seu estilo de vida [8]. Os pacientes que se apresentam nas unidades de emergência com dor torácica, devem ter uma abordagem adequada. A dor torácica configurou nesta pesquisa com a queixa mais frequente encontrada no serviço de emergência, enfocando a necessidade de protocolo mais efetivo e consistente para a reabilitação dos pacientes.

No estudo, a dispneia não foi avaliada por meio de nenhuma classificação, sendo apresentada de forma generalizada. Outros autores observaram a dispneia como o principal sintoma associado à insuficiência cardíaca atendida de emergência, estando relacionada às alterações na circulação pulmonar e diminuição do débito cardíaco [9].

Alguns estudos têm demonstrado que o tempo médio de o início dos sintomas e a chegada ao hospital dos pacientes com infarto agudo do miocárdio é de 2 a 3 horas. O retardo intra-hospitalar, que é o intervalo de tempo entre a chegada do paciente e o diagnóstico médico com a consequente iniciação terapêutica específica, é outro problema que atinge a maioria dos hospitais em todo o mundo. As unidades de dor torácica podem estar localizadas dentro ou adjacente à sala de emergência, como uma verdadeira área física ou somente como um processo de ação. O essencial é que exista um grupo de profissionais treinados e qualificados atuando de maneira sincrônica, visando prioridades, rapidez, eficiência, alta qualidade e contenção de custo [10].

Um estudo realizado para avaliar o tempo decorrido entre o início dos sintomas e a admissão a porta da emergência em uma unidade de Porto Alegre, realizado em 2008, ou seja, antes da proposta de reorganização do atendimento às urgências e emergências, avaliou que os pacientes com IAM apresentavam tempo médio de 3h59min ± 2h55min. Dos pacientes da amostra, 59,8% chegaram à emergência com automóvel próprio e em menor tempo [4]. Outro estudo, realizado em 2007, mostrou que cerca de dois terços dos pacientes, ao apresentarem os primeiros sinais e sintomas, procuraram diretamente atendimento a unidade hospitalar [11]. O nosso estudo mostra uma mudança no perfil do atendimento, visto que a porta de entrada passa a ser a unidade pré-hospitalar fixa e os pacientes encaminhados para o serviço de referência, chegando 75,8% pela remoção em ambulâncias de unidades fixas e 13,2% pelo SAMU.

Não foi avaliada relação estatística entre o tempo de atendimento e a localização geográfica, mas infere-se que a predominância da procedência na capital e região metropolitana diminui o tempo para acesso ao serviço.

Outros autores referem que os serviços de saúde não parecem preparados para o atendimento de urgências e emergências cardiológicas e

referem a necessidade de capacitação e habilitação ao tratamento precoce, como o uso de trombolíticos nas unidades pré-hospitalares [11]. Estas unidades devem ter protocolos estabelecidos e divulgados entre o time assistencial para garantir que o atendimento se dê baseado em evidências, com eficiência e eficácia [12].

Conclusão

Em virtude dessas mudanças, é premente a necessidade de capacitação das unidades pré-hospitalares para a atenção nessas situações, visto que se trata de situações tempo-dependentes e que o arranjo da rede de atenção às urgências e emergências pode aumentar o tempo do início dos sintomas até o acesso a terapêutica de reperfusão.

Além disso, enfermeiros de unidades de emergência hospitalar devem estar treinados e preparados para atender a dor torácica, guiados por protocolos baseados em evidências, considerando a necessidade de diminuir o retardo intra-hospitalar.

Referências

1. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília (DF), 2006.
2. Luz CC, Junger WL, Cavallini LT. Análise da atenção pré-hospitalar ao acidente vascular cerebral e ao infarto agudo do miocárdio na população idosa de Minas Gerais. *Rev Assoc Med Bras* 2010;56(4):452-7.
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 84p.
4. Franco B, Rabelo ER, Goldmeyer S, Souza EN. Pacientes com infarto agudo do miocárdio e os fatores que interferem na procura por serviço de emergência: implicações para a educação em saúde. *Rev Latinoam Enferm* 2008;16(3).
5. Ferreira AMC, Madeira MZA. A dor torácica na sala de emergência: uma revisão da literatura. *Rev Interdisc NOVAFAP* 2011;4(1):50-6.
6. Massaglia MT, Neris ES, Silva MLT. Uso do protocolo da dor torácica em pronto atendimento de hospital de referência em cardiologia. *Rev Bras Cardiol* 2013;26(5):374-81.
7. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 1. ed. 1. reimp. – Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

8. Domingues GRS, Moraes Filho JPP. Dor torácica não-cardiogênica. Arq Gastroenterologia 2009;46(3):233-9.
9. Aliti GB, Linhares JCC, Linch GFC, Ruschel KB, Rabelo ER. Sinais e sintomas de pacientes com insuficiência cardíaca descompensada: inferência dos diagnósticos de enfermagem prioritários. Rev Gaúcha Enferm 2011;32(3):590-5.
10. Ouriques BF. Unidades de dor torácica: revisão da literatura [TCC]. Rio de Janeiro: Escola de Saúde do Exercício; 2008. p.8-29.
11. Mussi FC, Passos LCS, Menezes AA, Caramelli B. Entraves no acesso à atenção médica: vivências de pessoas com infarto agudo do miocárdio. Rev Assoc Med Bras 2007;53(3):234-39.
12. Escosteguy CC, Teixeira AF, Portela MC, Guimarães AEC, Lima SML, Ferreira VMB. Implementando diretrizes clínicas na atenção ao infarto agudo do miocárdio em uma emergência pública. Arq Bras Cardiol 2011;96(1):18-25.

Assine já!

Enfermagem BRASIL



Tel: (11) 3361-5595 | assinaturas@atlanticaeditora.com.br