



ARTIGO ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE / ORIGINALE

Nursing diagnosis applied to a reference service in cardiac emergencies

Diagnósticos de enfermagem aplicados em um serviço de referência em emergências cardiológicas
Diagnóstico de enfermería aplicado a un servicio de referencia en de emergencia cardiaca

Eduardo Tavares Gomes¹, Andrey Vieira Queiroga², Mônica de Melo Macêdo Papaléo³,
Simone Maria Muniz da Silva Bezerra⁴

ABSTRACT

Objective: To evaluate the most frequent nursing diagnoses in attendance to cardiac emergencies. **Methods:** Sectional study, descriptive and exploratory, prospective, quantitative approach, using ICPN 2.0, performed in an emergency department of a cardiology hospital in Recife-PE, between December 2012 and January 2013. The sample was 91 patients admitted in emergency service, in the period between the triage, assessment and risk classification, performed by nurses, and the period of hospitalization or discharge, before completed 24 hours arrival at the service. **Results:** The nursing diagnoses with the highest incidence were risk for infection, high blood pressure, acute pain, impaired ambulation, knowledge deficit related to disease, dyspnoea. **Conclusion:** The nursing diagnoses are related to clinical presentation most prevalent: coronary syndrome and heart failure.

Descriptors: Nursing; Cardiology; Emergencia

RESUMO

Objetivo: Avaliar os diagnósticos de enfermagem mais recorrentes no atendimento às urgências e emergências cardiológicas. **Métodos:** Estudo transversal, descritivo-exploratório, prospectivo, de abordagem quantitativa, utilizando a Taxonomia da CIPE 2.0, em um serviço de emergência cardiológica de um hospital metropolitano da cidade do Recife-PE, entre dezembro de 2012 e janeiro 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. **Resultados:** Os diagnósticos de enfermagem com maior incidência foram risco para infecção, pressão sanguínea elevada; dor aguda, deambulação prejudicada, conhecimento deficiente relacionado à doença, dispnéia. **Conclusões:** Os DEs estão relacionados a apresentação clínica mais prevalentes, como a síndrome coronariana e insuficiência cardíaca.

Descritores: Enfermagem; Cardiologia; Emergência

RESUMEN

Objetivo: Evaluar los diagnósticos de enfermería más frecuentes en la asistencia a las emergencias cardíacas. **Métodos:** Estudio transversal, descriptivo y exploratorio, prospectivo, cuantitativo, taxonomía CIPE 2.0, realizado en un servicio de urgencias cardiológicas de un hospital en RecifePE, entre diciembre de 2012 y enero de 2013. La muestra estuvo constituida por 91 pacientes ingresados en el servicio de urgencias, en el período comprendido entre la detección y clasificación de riesgos, realizadas por las enfermeras, y la duración de la estancia hospitalaria o de descarga, antes de completadas 24 horas de la entrada en el servicio. **Resultados:** Los diagnósticos de enfermería de mayor incidencia fueron el riesgo de infección, presión arterial alta, dolor agudo, alteración de la deambulación, el déficit de conocimientos relacionados con la enfermedad, disnea. **Conclusión:** Los diagnósticos de enfermería están relacionadas con la presentación clínica más frecuente: síndrome coronario y la insuficiencia cardíaca.

Descritores: Enfermería; Cardiología; Emergencia.

¹ Enfermeiro, Especialista em Suporte Avançado de Vida pela Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças, Residente de Enfermagem em Cardiologia pelo Pronto-Socorro Cardiológico de Pernambuco, Universidade de Pernambuco, Recife-PE, Brasil. E-mail: edutgs@hotmail.com

² Enfermeiro, Residente de Enfermagem em Cardiologia pelo Pronto-Socorro Cardiológico de Pernambuco, Universidade de Pernambuco, Recife-PE, Brasil. E-mail: andreyquixa@hotmail.com

³ Enfermeira, Especialista em Nefrologia pelo Centro de Capacitação Educacional da Faculdade Boa Viagem, Gerente do Serviço de Urgência e Emergência Cardiológica e Neurológica do Hospital Metropolitano Oeste Pelópidas Silveira, Recife-PE, Brasil. E-mail: monicapapaleo@hotmail.com

⁴ Professora, Pós-doutora em Enfermagem Fundamental pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, professora orientadora do Programa de Associado de Pós-graduação em Enfermagem UPE/UEPB, coordenadora do Programa de Especialização em Enfermagem em Cardiologia na modalidade residência do Pronto-socorro Cardiológico Universitário de Pernambuco, Universidade de Pernambuco, Recife-PE, Brasil. E-mail: simonemunizm2@gmail.com

INTRODUÇÃO

O Processo de Enfermagem refere-se a dinâmica das ações sistematizadas e interrelacionadas, visando à assistência ao ser humano.⁽¹⁾ A necessidade de uma linguagem padronizada surge com a informatização, globalização, com a necessidade de desenvolvimento científico da área e para viabilizar o custo da assistência, inclusive o reembolso dos serviços de enfermagem.

A responsabilidade do cuidar em enfermagem exige que as decisões sobre as intervenções propostas sejam fundamentadas na avaliação do estado de saúde do indivíduo. Essa avaliação requer que se adote o diagnóstico de enfermagem como referência. O uso dos diagnósticos possibilita ao enfermeiro a aproximação com os pacientes bem como a aplicação e desenvolvimento de seus conhecimentos científicos.

Desde 2002, ratificado pela Resolução COFEN nº. 358 de 15 de outubro de 2009, o Conselho Federal de Enfermagem institui a necessidade de implementação do Processo de Enfermagem - nos serviços públicos e privados, sendo está uma atividade exclusiva dos Enfermeiros, o que torna mais premente a necessidade de validação dos Diagnósticos de Enfermagem em uso no sistema de saúde brasileiro.⁽¹⁻⁴⁾

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) vem se consolidando como um sistema unificado da linguagem de enfermagem, capaz de comunicar e comparar dados entre diversos contextos. Estes dados podem ser utilizados para apoiar a tomada de decisão clínica, analisar os cuidados de enfermagem e os resultados alcançados com os pacientes, desenvolver políticas de saúde e suscitar conhecimento pela investigação. A CIPE® é um instrumento de informação que descreve e proporciona dados à representação da prática de enfermagem nos Sistemas de Informação em Saúde, de forma a identificar a contribuição da enfermagem nos resultados de saúde e gerar novos conhecimentos, assegurando a qualidade e promovendo melhorias na prática, por meio de pesquisa, educação, políticas e gerenciamento da mesma.⁽⁵⁾

O levantamento dos diagnósticos de enfermagem mais utilizados em um setor possibilita orientar o planejamento da assistência e oferece subsídios para reformulação de *check-lists*, impressos e sistemas informatizados de registro da assistência. Para o

atendimento de emergência, torna-se imprescindível que os recursos elaborados sejam pensados no sentido de facilitar o atendimento, minimizar os erros e oferecer respaldo legal aos profissionais envolvidos. Tendo em vista agilizar o atendimento, a equipe de enfermagem deve ter a assistência guiada por protocolos baseados em evidências e, para tal, é preciso inicialmente conhecer a clientela que busca o serviço e como ela se apresenta.

Sendo assim, o estudo apresentado teve por objetivo avaliar os diagnósticos de enfermagem mais recorrentes no atendimento às urgências e emergências cardiológicas em uma unidade de referência na cidade do Recife-PE.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, descritivo-exploratório, prospectivo, de abordagem quantitativa, realizado em um serviço de emergência cardiológica de um hospital metropolitano da cidade do Recife-PE, entre dezembro de 2012 e janeiro 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 prejudicar sua autonomia e com comunicação prejudicada que prejudique 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 diagnósticos de enfermagem foram retirados do catálogo de *Diagnósticos Pré-coordenados* da CIPE 2.0.⁽⁶⁾

Os dados coletados foram arquivados em banco de dados e submetidos a análise estatística utilizando o software Epi-info 6.04. As variáveis categóricas são

apresentadas em frequências absolutas e relativas e as numéricas em médias e desvio-padrão. Os diagnósticos de enfermagem com maior frequência são avaliados ainda quanto a outras variáveis, dicotomizadas, através do teste de qui-quadrado.

A realização deste trabalho teve a apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Integral de Pernambuco - IMIP - CAAE: 03198212.1.0000.5201.

RESULTADOS

A amostra apresentou predominância do sexo feminino (49; 53,8%), com média de idade 61,65±12,8 e mediana de 63 anos, procedentes da capital (38; 41,8%) e região metropolitana (34; 37,4%), aposentados (42; 46,2%), de 10 a 14 anos de estudo (27; 29,7%) e até 3 salários mínimos de renda (32; 35,2%).

Tabela 1 - Caracterização sócio-demográfica dos pacientes atendidos em uma emergência cardiológica de referência. Recife-PE, 2013

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	42	46,2
Feminino	49	53,8
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 40h/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	32	35,2
De 3 a 6 salários	31	34,1
De 6 a 10 salários	15	16,5
Mais de 10 salários	3	3,3
Não refere	10	11,0

Quanto a apresentação clínica a triagem, houve predominância de hipertensão de grau I (34,07%), com médias de pressão sistólica e diastólica respectivamente, 143,52±23,43 e 88,67±15,15, índice de massa corporal compatível a peso normal (58,2%), com média de 24,38±3,54 kg/m². A referência dor torácica como queixa incluiu a dor retroesternal típica e as irradiações, sendo a queixa principal (41,8%), seguida por dispnéia (20,9%) e náuseas (17,6%). A queixa dispnéia incluiu em repouso, aos esforços, ortopneia e paroxística noturna. (Tabela 2)

A média de tempo entre início dos sintomas e admissão ao serviço foi de 18,71±13,09. Poucos

pacientes chegaram a porta do serviço com tempo de início dos sintomas menor que 1 hora (6,6%), sendo que a maior parte chegou entre 12 e 24 horas (31,9%) e entre 24h e 48h (29,7%) (tabela 2). 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 SAMU e apenas 11% foi transferido do local de início dos sintomas ao hospital por transporte próprio. Quanto a origem, 58,24% foram regulados pelas unidades de saúde pré-hospitalares, enquanto que 29,67% deram entrada no serviço provenientes do próprio domicílio e 12,09 da via pública, que no

estudo inclui espaços coletivos de lazer, comércio, conhecimento. (Tabela 2)

Tabela 2 - Distribuição dos pacientes atendidos em uma emergência cardiológica de referência quanto a apresentação clínica à triagem. Recife-PE, 2013

Pressão arterial na admissão	Média±DP	Mediana
PAS	143,52±23,43	140
PAD	88,67±15,15	90
Níveis Pressóricos	n	%
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 (kg/m²)	24,38±3,54	24,28
Peso normal	53	58,2
Sobrepeso	35	38,5
Obesidade	3	3,3
Queixa principal		
Dor torácica	38	41,8
Vômito	16	17,6
Náusea	9	9,9
Dispneia	19	20,9
Síncope	4	4,4
Outras queixas	5	5,5
Tempo entre início dos sintomas e admissão (horas)	18,71±13,09	19
Menos de 1h	6	6,6
Entre 1 e 6 h	10	11,0
Entre 6 e 12 h	19	20,9
De 12 a 24h	29	31,9
Entre 24h e 48h	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

Os diagnósticos de enfermagem com maior incidência nos atendimentos avaliados foram *risco para infecção* (67; 73,63%), *pressão sanguínea elevada* (57; 62,64%), *dor aguda* (49; 53,85%), *deambulação prejudicada* (41; 45,05%), *conhecimento deficiente relacionado à doença* (33; 36,26%). A *dispneia* apresentou menor incidência (14; 15,38%) por estar dividida em *dispneia de repouso* (9; 9,89%), *ortopneia* (10; 10,99%) e por estar relacionada ainda a outros diagnósticos, como *intolerância a atividade* (21; 23,08%) e *troca gasosa comprometida* (8; 8,79%). (Tabela 3)

Avaliando-se a comparação entre os diagnósticos de maior incidência e variáveis que podem ter influenciado sua incidência, verificou-se que o gênero feminino apresentou menor queixa de dor

(p=0,002), que os idosos receberam menos diagnósticos de deambulação prejudicada (p=0,0001) e mais conhecimento deficiente (p=0,024). Ainda foi possível avaliar que os pacientes de fora da capital, incluindo-se região metropolitana e interior, apresentaram mais diagnósticos de dor aguda (p=0,006) e de conhecimento deficiente (p=0,035); que os pacientes em pico hipertensivo apresentaram mais diagnósticos de dor (p=0,003), assim como os que tiveram atendimento em outra unidade de saúde antes da emergência cardiológica em relação aos que foram atendidos diretamente (p=0,018). As variáveis *peso, atividade laboral, escolaridade e tipo de transporte* não apresentaram significância estatística quanto a incidência dos diagnósticos de enfermagem mais prevalentes. (Tabela 4)

Tabela 3 - Incidência de Diagnósticos de Enfermagem aplicados em atendimentos de urgência e emergência cardiológica em uma unidade de referência. Recife-PE, 2013

Variáveis	n	%
Risco para Infecção	67	73,63
Pressão sanguínea elevada	57	62,64
Dor aguda	49	53,85
Deambulação prejudicada	41	45,05
Conhecimento Deficiente (relac. à doença)	33	36,26
Hiperglicemia	29	31,87
Ansiedade	26	28,57
Taquicardia	26	28,57
Fadiga	23	25,27
Intolerância à Atividade	21	23,08
Vômito	16	17,58
Dispneia	14	15,38
Edema	14	15,38
Débito cardíaco comprometido	10	10,99
Ortopneia	10	10,99
Dispneia de Repouso	9	9,89
Intergridade da pele comprometida	9	9,89
Náusea	9	9,89
Bradycardia	8	8,79
Medo	8	8,79
Troca gasosa comprometida	8	8,79
Outros	64	59,34

- Múltiplos diagnósticos por paciente

Tabela 4 - Análise da incidência dos Diagnósticos de Enfermagem. Recife-PE, 2012

Variáveis	Risco para infecção N=67			Dor aguda N=49			Deambulação Prejudicada N=41			Conhecimento Deficiente (relac. à doença) N=33		
	Sim	Não	p	Sim	Não	p	Sim	Não	p	Sim	Não	p
Masculino	32	10		30	12		20	22		13	29	
Feminino	35	14	0,61	19	30	0,002	21	28	0,65	20	29	0,33
Até 59 anos	28	8		21	15		10	29		8	28	
> 59 anos	39	16	0,46	28	27	0,49	31	14	0,0001	25	30	0,024
Capital	30	8		14	24		20	18		9	29	
Fora da capital	37	16	0,33	35	18	0,006	21	32	0,22	24	29	0,035
Em atividade	16	14		15	15		10	20		9	21	
Inativo	41	20	0,13	34	27	0,60	31	30	0,18	24	37	0,38
Até 10 anos de escolaridade	27	12		20	19		15	24		12	27	
> 10 anos escolaridade	40	12	0,4	29	23	0,67	26	26	0,27	21	31	0,34
PA normal/limítrofe	23	8		10	21		10	21		9	22	
Pico hipertensivo	44	16	0,93	39	21	0,003	31	29	0,08	24	36	0,30
Peso normal	40	13		30	23		21	32		21	32	
Acima do peso ideal	27	11	0,64	19	19	0,53	20	18	0,22	12	26	0,43
Domicílio/Via pública	27	11		26	12		18	20		12	26	
Outras unidades	40	13	0,64	23	30	0,018	23	30	0,71	21	32	0,43
Transporte próprio	8	2		6	4		4	6		5	5	
SAMU	9	3	0,81**	9	3	0,77**	6	6	0,97**	5	7	0,96**
Ambulâncias pré-hosp. Fixo	40	29	0,32**	34	35	0,77**	31	38	0,96**	23	46	0,82**

*teste de qui-quadrado ** teste de qui-quadrado corrigido

DISCUSSÃO

O sexo feminino e a faixa etária maior que 65 anos encontradas estão relacionada ao risco de doenças cardiovasculares e ao atendimento de emergência.⁽⁷⁻⁹⁾ Alguns estudos associam a prevalência maior de insuficiência cardíaca ou infarto agudo a pacientes do sexo masculino, mas as características predominantes na amostra se repetem em outras publicações^(7, 10-15).

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 admitidos na urgência e emergência cardiológica cuja causa principal não seja a hipertensão arterial, apresentam-se com níveis pressóricos limítrofes ou até em hipertensão de grau I na admissão^(11,14,16). Os estudos têm revelado a hipertensão arterial como a principal comorbidade presente nos pacientes em situações de emergência, sendo referida muitas vezes em mais de 70% dos casos e com baixo controle para até um terço dos pacientes.^(7, 10, 15-18) O percentual de diabetes encontrado foi também similar a de outros estudos, sendo a segunda comorbidades mais relacionada aos eventos cardiológicos agudos.^(7, 10, 15-17) A associação de fatores de risco e comorbidades tem repercussão em pior prognóstico nos eventos agudos da insuficiência cardíaca e do infarto⁽¹⁹⁾.

Além da estabilização inicial, a emergência cardiológica é também o local para a definição do tratamento definitivo, visto que condições como a síndrome coronariana aguda são tempo-dependentes. No entanto, a disponibilidade de serviços ainda é pequena, sendo a maioria dos pacientes atendidos em unidades de emergência geral. Um estudo nacional relatou a dificuldade de atendimento a crises hipertensivas em uma capital brasileira, o que reforça a necessidade de melhor aparato para as emergências cardiológicas.⁽²⁰⁾

A média de tempo entre início dos sintomas e admissão ao serviço foi de 18,71±13,09, sendo que apenas 6,6% chegaram ainda na primeira hora. Em outro estudo nacional recente, considerando apenas os casos de infarto agudo, a média 9h54min ± 18h9min.⁽¹⁰⁾ Esse tempo elevado pode estar associado a demora em procurar os serviços, mas principalmente ao itinerário dos pacientes, visto que em nosso estudo a maior parte dos pacientes chegou

Nursing diagnosis applied to a reference service..

ao serviço através de ambulâncias de serviços de atendimento pré-hospitalares fixos (75,8%), 13,2% foram removidos pelo SAMU e apenas 11% foi transferido do local de início dos sintomas ao hospital por transporte próprio^(13; 21-22).

A diversidade de causas clínicas também aumenta o tempo, visto que os menores tempos são conseguidos quando há presença de dor torácica e associação da mesma a um evento cardiológico, enquanto que a agudização de condições crônicas como a insuficiência cardíaca apresenta retardo na busca pelo atendimento de emergência.⁽⁷⁾ Além disso, o local de estudo é um serviço novo, no primeiro ano de atendimento, pouco conhecido da população. O transporte direto de pacientes do local da dor por ambulâncias para a unidade de referência tem conseguido os menores tempos^(15, 17, 22).

Os diagnósticos de enfermagem encontrados estavam relacionados a condição clínica dos pacientes, *dor aguda, pressão sanguínea elevada, deambulação prejudicada, dispneia* e com os processos de cuidar, como *risco para infecção* relacionado aos acessos venosos para administração de medicamentos.

A *pressão sanguínea elevada* pode ser uma causa isolada para a busca ao serviço de emergência e a estabilização do nível pressórico pode ser o critério de alta. A crise hipertensiva, mesmo sem lesão em órgão-alvo, apresentou em um estudo nacional, cefaleia 34,5% dos casos, tontura em 21,5%, dispneia em 19,8%, déficit neurológico em 15,7% e vômitos em 13,9%⁽²³⁾.

A *dor aguda* está relacionado a síndrome coronariana aguda.⁽¹⁰⁾ A mortalidade por SCA é elevada no pré-hospitalar, na emergência é similar a IC e no internamento a mortalidade por IC chega a ser cinco vezes maior.⁽¹⁸⁾ A dor torácica é o principal sintoma de isquemia miocárdica, devendo ser avaliada em função do tipo, localização, irradiação, pontuação, duração, fatores de melhora ou de piora e sintomas associados, além de diferenciá-la de outras dores não-isquêmicas.⁽¹²⁾ O tratamento para a dor depende do diagnóstico médico, podendo ser medicamentoso ou através de angioplastia com ou sem stent.⁽¹²⁾ A melhora com o uso de nitratos leva a auto-medicação e, por conseguinte, ao retardo no tempo de atendimento.

Em um estudo nacional, os pacientes que tiveram a dor como sintoma isolado levaram mais tempo até a admissão no serviço de emergência em relação a

associação entre dor e dispneia.⁽¹⁰⁾ Também já foi verificado que mais altos escores de dor levam os pacientes a procurar mais cedo às emergências.⁽⁷⁾ Outra pesquisa não encontrou correlação entre escores de dor e idade, mas verificou que os pacientes diabéticos apresentaram médias de dor menores que os não-diabéticos.¹² A maior ocorrência do diagnóstico dor, de acordo com os achados, pode ainda estar relacionado com a distância do início do local do início dos sintomas e com o tempo de atendimento, visto que os que foram atendidos previamente em outras unidades tiveram maior incidência de dor.

A dispneia, por sua vez, é o principal sintoma associado à insuficiência cardíaca (IC). Os pacientes convivem com a IC crônica, mas quando aparecem sinais agudos, principalmente relacionados à dispneia e congestão, são impelidos a buscar serviços de emergência. Esses sintomas são de severidade diversa, mas requerem medicação intravenosa e suporte ventilatório. Cerca de 80% dos pacientes com IC admitidos no serviço de emergência acabam sendo internados no hospital. Os recursos mais importantes para a avaliação inicial da IC são o exame físico e o raio-x de tórax.^(14,18) Considerando a importância da dispneia para a IC e a alta incidência nos atendimentos de emergência, o enfermeiro deve conhecer, saber avaliar e correlacionar clinicamente tanto a dispneia quanto os sinais e sintomas da congestão pulmonar e sistêmica.

Os principais sinais e sintomas da insuficiência cardíaca (dispneia, edema, congestão e taquicardia) estão presentes na construção de vários diagnósticos de enfermagem.⁽²⁴⁾ Um estudo internacional referiu que a congestão pulmonar esteve presente em 43% pacientes idosos admitidos com queixa de dispneia, apesar de ter sido a causa com menor acerto no diagnóstico médico e com maior mortalidade.⁽¹⁶⁾ No mesmo estudo, a congestão sistêmica foi relatada em 56%, a ortopneia em 50% e a cianose em 11%.⁽¹⁶⁾ Um estudo nacional encontrou frequência de dispneia de 85,2%.⁽¹¹⁾

Deve-se considerar que a readmissão é maior em pacientes que não aderem a dieta ou o tratamento medicamentoso, com baixo suporte social ou baixa escolaridade.⁽¹⁸⁾ A readmissão está muitas vezes associadas a pneumonias, arritmias e angina. A educação e orientação para alta hospitalar e o seguimento fora do hospital são as estratégias mais

eficientes para melhorar o prognóstico da doença crônica e diminuir o número de readmissões.⁽²⁵⁾

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A enfermagem no atendimento às urgências e emergências cardiológicas deve ter conhecimento sobre as manifestações agudas das principais doenças, a insuficiência cardíaca e a síndrome coronariana. Os diagnósticos de enfermagem levantados tinham relação com a condição clínica mais apresentada nas emergências cardiológicas.

A partir desses conhecimentos, os protocolos de avaliação e classificação de risco devem ser pensados, assim como devem ser elaborados protocolos que viabilizem o atendimento mais rápido possível e deem autonomia ao enfermeiro a realizar os procedimentos como o eletrocardiograma na dor torácica e o raio-x de tórax nos sinais e sintomas de IC.

REFERENCIAS

1. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº. 358 de 15 de outubro de 2009. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4384>
2. Lopes MHBM. Experiência de implantação do processo de enfermagem utilizando os diagnósticos de enfermagem (Taxonomia da NANDA), resultados esperados, intervenções e problemas colaborativos. Ver Latinoam Enferm [Internet]. 2000 [acesso em 11 jul 2013]; 8(3):115-118. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n3/12408.pdf>
3. Carvalho EC, Martins FTM, Dalri MCB, Canini SRMS, Laus AM, Bachion MM, Rossi LA. Relações entre a coleta de dados, diagnósticos e prescrições de enfermagem a pacientes adultos de uma unidade de terapia intensiva. Rev Latinoam Enferm [Internet]. 2008 [acesso em 11 jul 2013]; 16(4): 700-6. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/pt_08.pdf
4. Pokorski S, Moraes MA, Chiarelli R, Constanzi AP, Rabelo ER. Nursing process: from literature to practice. What are we actually doing? Rev Latinoam Enferm [Internet]. 2009 [acesso em 11 jul 2013]; 17(3). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/pt_04.pdf
5. Lima AFC, Kurcgant P. O processo de implementação do diagnóstico de enfermagem no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. Rev esc enferm USP [Internet]. 2006 [acesso em 11 jul 2013]; 40(1): 111-116. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a15v40n1.pdf>

6. Conselho Internacional de Enfermagem. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, São Paulo (SP): Algor; 2007.

7. Franco B, Rabelo ER, Goldemeyer 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* [Internet]. 2008 [acesso em 11 jul 2013]; 16(3). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n3/pt_13.pdf

8. Muller LA, Rabelo ER, Moraes MA, Azzolin K. Fatores de atraso na administração de terapia trombolítica em pacientes com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio em um hospital geral. *Rev Latino-am Enferm* [Internet]. 2008 [acesso em 11 jul 2013]; 16(1):52-6. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n1/pt_08.pdf

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* [Internet]. 2011 [acesso em 11 jul 2013]; 32(3):590-5. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/18582/13944>

10. Bastos AS, Beccaria LM, Contrim LM, Cesarino CB. Tempo de chegada do paciente com infarto agudo do miocárdio em unidade de emergência. *Rev Bras Cir Cardiovasc* [Internet]. 2012 [acesso em 11 jul 2013]; 27(3):411-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbccv/v27n3/v27n3a12.pdf>

11. Margoto G, Colombo RCR, Gallani MCBJ. Clinical and psychosocial features of heart failure patients admitted for clinical decompensation. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2009 [acesso em 11 jul 2013]; 43(1):44-53. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/en_06.pdf

12. Gondim LGP, Oliveira WA, Grossi SAA. A diferenciação da dor do infarto agudo do miocárdio entre pacientes diabéticos e não-diabéticos. *Rev Latinoam Enferm* [Internet]. 2003 [acesso em 11 jul 2013]; 11(6):720-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/11.pdf>

13. 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* [Internet]. 2007 [acesso em 11 jul 2013]; 53(3): 234-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v53n3/a21v53n3.pdf>

14. Mangini S, Silveira FS, Silva CP, Grativyol PS, Seguro LFBC, Ferreira SMA, Mocelin AO, Cardoso LF, Bacal F, Bocchi EA. Decompensated Heart Failure in the Emergency Department of a Cardiology

Hospital. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2008 [acesso em 11 jul 2013]; 90(6): 433-440. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v90n6/a08v90n6.pdf>

15. Bettencourt N, Mateus P, Dias C, Mateus C, Adão L, Sampaio F, Salomé N, Gonçalves C, Simões L, Ribeiro VG. Impacto da Emergência Pré-Hospitalar no Tratamento e Prognóstico do Enfarte Agudo do Miocárdio. *Rev Port Cardiol* [Internet]. 2005 [acesso em 11 jul 2013]; 24:863-72. Disponível em: <http://www.spc.pt/DL/RPC/artigos/97.pdf>

16. Ray P, Birolleau S, Lefort Y, Becquemin CB, Isnard R, Teixeira A, Arthaud M, Riou B, Boddaert J. Acute respiratory failure in the elderly: etiology, emergency diagnosis and prognosis. *Critical Care* [Internet]. 2006 [acesso em 11 jul 2013]; 10(3). Disponível em: <http://ccforum.com/content/10/3/R82>

17. Qiu JP, Zhang Q, Lu JD, Wang HR, Lin J, Ge ZR, Zhang RY, Shen WF. Direct ambulance transport to catheterization laboratory reduces door-to-balloon time in patients with acute ST-segment elevation myocardial infarction undergoing primary percutaneous coronary intervention: the DIRECT-STEMI study. *Chinese Medical Journal* [Internet]. 2011 [acesso em 11 jul 2013]; 124(6):805-10. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21518584>

18. American Heart Association. Acute Heart Failure Syndromes: Emergency Department Presentation, Treatment, and Disposition: Current Approaches and Future Aims. *Circulation* [Internet]. 2010 [acesso em 11 jul 2013]; 122:1975-1996. Disponível em: <http://circ.ahajournals.org/content/122/19/1975>

19. Xue-Dong Yang, Yu-Sheng Zhao, Yu-Feng Li, Xin-Hong Guo. Medical comorbidities at admission is predictive for 30-day in-hospital mortality in patients with acute myocardial infarction: analysis of 5161 cases. *J Geriatr Cardiol* [Internet]. 2011 [acesso em 11 jul 2013]; 8: 31-34. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22783282>

20. Souza ACC, Moreira TMM, Silva MRF, Almeida PC. Acesso ao serviço de emergência pelos usuários com crise hipertensiva em um hospital de Fortaleza, CE, Brasil. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2009 [acesso em 11 jul 2013]; 62(4): 535-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n4/07.pdf>

21. Perkins-Porras L, Whitehead DL, Strike PC, Steptoe A. Prehospital delay in patients with acute coronary syndrome: factors associated with patient decision time and home-to-hospital delay. *Eur J Cardiovasc Nurs* [Internet]. 2009 [acesso em 11 jul 2013]; 8(1):26-33. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18635400>

22. Karabulut A, Cakmak M, Uzunlar B, Topçu K. Impact of emergency services and ambulance type on pain-to-balloon time in the acute myocardial infarction: an observational study. *Anadolu Kardiyol Derg* [Internet]. 2012 [acesso em 11 jul 2013]

Feb;12(1):23-9. Abstract disponível em:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22214739>

23. Martin JFV, Higashiana E, Garcia E, Luizon MR, Cipullo JP. Crise hipertensiva: prevalência e apresentação clínica. Arquivos Brasileiros de Cardiologia [Internet]. 2004 [acesso em 11 jul 2013]. 83(2): 125-130. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/abc/v83n2/v83n2a04.pdf>

24. Araújo AA, Nóbrega MML, Garcia TR. Diagnósticos e intervenções de enfermagem para pacientes portadores de insuficiência cardíaca congestiva utilizando a CIPE. Rev esc enferm USP [Internet]. 2013 [acesso em 11 jul 2013]; 47(2):385-92. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/16.pdf>

25. Felice M, Alfonsi G, Giuliani AR, Fabiani L. Heart failure: Tools for nursing and medical treatment. Cardiology Journal [Internet]. 2011 [acesso em 11 jul 2013]; 18(4):411-20. Disponível em:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21769822>

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2013/12/07

Accepted: 2013/03/10

Publishing: 2014/07/01

Corresponding Address

Eduardo Tavares Gomes

Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças
Universidade de Pernambuco
Rua Arnóbio Marques, 310, Santo Amaro
CEP: 50100130 Recife-PE, Brasil