

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

**CAMILA LANDO**

**UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE POR  
PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA**

**Porto Alegre**

**2014**

**CAMILA LANDO**

**UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE POR  
PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Enfermeiro

Orientador: Profa. Dra. Eneida Rejane Rabelo da Silva.

Prof. Colaborador: Lisiane Paskulin

**Porto Alegre**

**2014**

## AGRADECIMENTOS

Dedico este trabalho à minha família que sempre esteve ao meu lado durante estes quatro anos e meio. Meu pai João e minha mãe Joelma por me auxiliarem nesse caminho, no qual muitas vezes passei por etapas difíceis. Meus irmãos Francieli, Isabelli e Erick, motivação por qual eu sempre quis seguir em frente e não desistir nas horas complicadas. Ao meu esposo Vanderley Barbosa Dorneles que me incentiva, apoia e me protege frente às minhas decisões.

Agradeço às minhas colegas e amigas Andréia Youssef, Juliana Bainy e Jéssica B. de Oliveira, por serem mais que amigas e como irmãs que me acompanham desde o quarto semestre da faculdade e jamais inseparáveis nos estágios. Não existem palavras que descrevam a nossa sintonia, em muitos momentos que passamos durante a faculdade se não tivéssemos umas as outras, eles passariam despercebidos, muitas vezes sem graça. Obrigada por fazer desses momentos, os mais intensos e verdadeiros no qual as nossas risadas permanecerão sempre vivas em nossas memórias.

Agradeço também alguns professores que me ajudaram muito e com certeza jamais serão esquecidos: Prof. Erica R. M. Duarte, um exemplo de profissional e pessoa, Prof. Anne Marie com toda sua paciência e a Prof. Graziella Aliti sempre disposta a inovar o conhecimento. Enfermeira Letícia Orlandin com quem pude conviver e fazer uma grande amizade.

Agradeço também a Prof. Eneida R. da Silva, minha orientadora por ter oportunizado fazer este trabalho.

*“A vida é construída nos sonhos e concretizada no amor.”*

*(Chico Xavier)*

## RESUMO

**Introdução:** Tradicionalmente os pacientes com insuficiência cardíaca (IC) são atendidos apenas em ambulatórios especializados nos serviços de alta complexidade. O sistema de saúde brasileiro preconiza o modelo em rede, no qual o cuidado deve ser continuado também em serviços de atenção básica em saúde, porém, a literatura sobre esse assunto é escassa e pouco explorada no Brasil. **Objetivos:** Descrever a utilização dos serviços de atenção básica por pacientes com IC que são acompanhados em ambulatório especializado de hospital terciário. **Método:** Estudo transversal desenvolvido com pacientes com diagnóstico de insuficiência cardíaca congestiva atendidos em ambulatório especializado no período de novembro a dezembro de 2014, através de entrevista com um questionário estruturado. Foram excluídos pacientes que tinham dificuldades de comunicação ou entendimento das questões. Foi aplicado um questionário ao paciente com o tempo estimado de 10 minutos. **Resultados preliminares:** Foram incluídos 201 pacientes (de uma amostra calculada de 385). Destes, 85 mulheres e 116 homens, com média de idade  $61 \pm 13$ , as comorbidades de maior prevalência foram hipertensão arterial sistêmica com 66,2%, seguida de Diabetes Mellitus tipo 33%, ex-tabagista também se destacaram com 33%. Em relação à utilização dos serviços dos serviços de Atenção Básica (AB) 78% utilizavam algum tipo de serviço prestado pela AB, sendo consulta médica 53%, consulta com enfermeiro 12%, retirada de medicamentos 66%, verificação da pressão arterial 41%, verificação da glicose 26%, vacinação 35%, atividades em grupos 1,5%, encaminhamento de exames 27%, procedimentos de enfermagem 8% e verificação do peso 22%. Não foram encontradas relações estatisticamente significativas com a utilização dos serviços da AB e o sexo dos pacientes, bem como de acompanhamento no ambulatório, com o número de comorbidades e com a proximidade do domicílio. **Conclusões:** Os dados preliminares nos permitiram inferir que a utilização dos serviços de AB em saúde ocorre por grande parte dos pacientes que frequentam o ambulatório de insuficiência cardíaca. Maiores investigações poderão ser realizadas ao completarmos a amostra.

Descritores: Insuficiência Cardíaca, Enfermagem, Atenção básica.

### **Lista de Siglas**

<b>IC</b>	Insuficiência Cardíaca
<b>PNAB</b>	Política Nacional de Atenção Básica
<b>RAS</b>	Rede Atenção à Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>NICE</b>	National Institute for Health and Care Excellence
<b>AB</b>	Atenção Básica
<b>APS</b>	Atenção Primária à saúde
<b>DCNT</b>	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
<b>SPSS</b>	Statistical Package for the Social Sciences
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>ACS</b>	Agente Comunitário de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>COMPESQ</b>	Comissão de Pesquisa em Enfermagem
<b>GPPG</b>	Grupo de Pesquisa e Pós Graduação
<b>CEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisa

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	9
<b>2</b>	<b>OBJETIVO.....</b>	13
<b>2.1</b>	<b>Objetivo geral.....</b>	13
<b>2.2</b>	<b>Objetivos específicos.....</b>	13
<b>3</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	14
<b>3.1</b>	<b>Sistema Único de Saúde (SUS).....</b>	14
3.1.1	Níveis de complexidade da assistência do SUS.....	14
<b>3.2</b>	<b>Insuficiência Cardíaca.....</b>	15
3.2.1	Conceito de insuficiência cardíaca.....	15
3.2.2	Etiologias.....	15
3.2.3	O cuidado do paciente com insuficiência cardíaca.....	15
<b>3.3</b>	<b>O cuidado do paciente com insuficiência cardíaca no serviço de atenção básica em saúde.....</b>	16
3.3.1	Redes de saúde.....	17
<b>4</b>	<b>MÉTODO.....</b>	19
<b>4.1</b>	<b>Tipo de estudo.....</b>	19
<b>4.2</b>	<b>Campo.....</b>	19
<b>4.3</b>	<b>População e amostra.....</b>	20
<b>4.4</b>	<b>Critérios de elegibilidade.....</b>	20
4.4.1	Critérios de inclusão.....	20
4.4.2	Critérios de exclusão.....	20
<b>4.5</b>	<b>Coleta dos dados.....</b>	20
<b>4.6</b>	<b>Análise dos dados.....</b>	21
<b>4.7</b>	<b>Aspectos éticos.....</b>	21
<b>5</b>	<b>RESULTADOS PRELIMINARES.....</b>	22
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	27
<b>7</b>	<b>CONCLUSÕES PRELIMINARES.....</b>	31
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	37
	<b>APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS.....</b>	39
	<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>	41

**PARA USUÁRIOS.....**

**ANEXO A — CARTA DE APROVAÇÃO DO CEP – HCPA.....**



## 1 INTRODUÇÃO

A insuficiência cardíaca (IC), considerada um problema de saúde pública, apresenta incidência e prevalência aumentadas e seu tratamento, considerado complexo, tem como objetivo melhorar a qualidade de vida dos portadores dessa enfermidade (BENTO et al., 2009).

Nos Estados Unidos da América (EUA), aproximadamente 5,1 milhões de indivíduos apresentam as manifestações clínicas de IC e a tendência é de crescimento. Estima-se que até 2050, um em cada cinco norte americanos maiores que 65 anos apresentarão as manifestações clínicas de IC (YANCI et al., 2013).

Na América Latina, um estudo aponta que no Brasil, em 2007, 39,4% das readmissões hospitalares foram por descompensação dessa doença. Esta proporção aumenta 70% em indivíduos maiores de 60 anos, sendo uma das causas mais frequentes de reinternações nessa faixa etária (BOCCHI et al., 2012).

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2009 divulgaram que entre os idosos brasileiros a IC é a primeira causa de internação hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009).

A maioria da população brasileira (80%) é atendida pelo SUS que tem como prerrogativa a assistência universal, integral e igualitária, trazendo como um de seus objetivos a articulação dos serviços de saúde em seus diferentes níveis de atenção e complexidade, para que se possa ter um acesso contínuo em todos os níveis de atendimento em saúde (BRASIL, 2006).

No ano de 2011, foi aprovada a portaria nº 2.488 que revisa as diretrizes e normas da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Esta política define a organização do acesso aos serviços de saúde em um modelo de rede e propõe a organização da atenção básica de saúde no país como integradora e ordenadora destas redes de atenção (BRASIL, 2012).

A portaria nº 4.279, de 2010 descreve as Redes de Atenção à Saúde (RAS) como:

*“arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”* (BRASIL, 2010).

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde, os sistemas de saúde de todo mundo, atualmente, encontram-se em crise, pois as demandas epidemiológicas dominadas por condições crônicas e a não garantia da continuidade dos processos assistenciais demonstram a fragilidade do sistema, caracterizando-se de forma fragmentada, episódica e reativa (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2011).

O sistema de saúde brasileiro vem adotando esse modelo de RAS aos usuários com o objetivo de atendimento integral, com articulação e ampliação do acesso aos serviços nos três níveis de complexidade; atenção básica, média e alta complexidade (SILVA, 2011).

Nas diferentes diretrizes sobre o cuidado aos pacientes com IC está destacada a importância da equipe multidisciplinar e o acesso aos diferentes serviços de saúde para um melhor cuidado do paciente (MCMURRAY et al., 2012, MCDONAGH et al., 2011, YANCI et al., 2013). A gestão dos cuidados desses pacientes é de responsabilidade tanto dos especialistas como dos profissionais que atuam no cuidado primário (atenção básica) em saúde (DEATON et al., 2012).

O *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) mostra em seus estudos que o tratamento de pessoas com IC deve ocorrer com o monitoramento destes pacientes, incluindo na avaliação clínica dados da capacidade funcional, estado nutricional e cognitivo, além de revisar o tratamento com os fármacos e exames laboratoriais. A educação em saúde também está incluída nos cuidados a esse paciente, pois auxilia na adesão ao tratamento, podendo colaborar na diminuição das taxas de reinternações (BAPTISTE et al., 2014).

O papel do enfermeiro especialista guiado por diretrizes atuais sugere que estes profissionais coordenem o cuidado auxiliando os demais profissionais da equipe multidisciplinar nas orientações para o tratamento farmacológico e não farmacológico. O enfermeiro por sua vez é o profissional referência no processo de educação sobre a doença e no desenvolvimento de habilidades para o autocuidado, com contínua monitorização (BOCCHI et al., 2012).

Alguns estudos apontam que altas taxas de reinternações por descompensação da IC estão relacionadas com a falta de adesão do paciente ao tratamento, associado ao pouco conhecimento sobre a doença e tratamento, dificuldades de reconhecer os sinais

de descompensação, dificuldade de acesso aos serviços de saúde e idade avançada (MUSSI et al., 2013).

Durante o curso de graduação tive a oportunidade de conhecer o trabalho do enfermeiro que assiste o paciente portador de IC, por meio da participação nas consultas de enfermagem realizadas no ambulatório do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), que recebe pacientes de todo Estado do Rio Grande do Sul.

A partir dessa vivência pude perceber a importância do enfermeiro no acompanhamento sistemático do paciente na orientação para o autocuidado, que inclui o reconhecimento precoce dos sinais e sintomas de descompensação da IC; monitoramento da adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico; explicação da doença e a relação com as outras comorbidades; planejamento conjunto das metas de cuidado assim como a educação em saúde para pacientes e familiares/ cuidadores.

Minha experiência no ambulatório proporcionou compreender melhor o universo do paciente que sofre com essa doença crônica, mas que, com o tratamento clínico otimizado, consegue ter uma qualidade de vida razoável.

Pude avaliar também que é nesse ambulatório no qual a maioria dos pacientes recebe as orientações em relação ao seu autocuidado, já que muitas vezes não contam com outro profissional enfermeiro ao retornar a seu ambiente de origem onde deveriam ter apoio dos serviços básicos em saúde, conforme a política de saúde brasileira.

Ao procurar o serviço do SUS mais próximo de sua residência (os serviços de atenção básica em saúde) é preconizado que cada usuário também tenha acesso à Rede Integral de Saúde do Rio Grande do Sul (RS), a denominada Rede Chimarrão. Planejada para operacionalizar as políticas de Saúde, a rede prevê atendimento continuado em Linhas de Cuidado, traçando a trajetória do usuário do SUS por outros níveis dos serviços de saúde, que forem necessários, como agendamento de consultas especializadas, exames e até internações e cirurgias (RIO GRANDE DO SUL, 2013).

Assim, torna-se uma questão importante saber qual a relação do paciente portador de IC com os serviços de atenção básica em saúde, na contribuição desse atendimento na adesão do paciente ao seu tratamento, considerando o cuidado em rede.

Diante disso, objetivo deste estudo é descrever a utilização dos serviços de atenção básica por pacientes com IC que são acompanhados em ambulatório especializado de um hospital terciário.

Os resultados desse estudo poderão indicar qual é a assistência em saúde que o paciente com IC procura e recebe na atenção básica para garantir um cuidado

continuado, e também repensar estratégias sobre a linha de atenção em saúde desses pacientes, além de avaliar o vínculo entre os serviços de saúde para que o acesso ocorra em redes, permitindo uma resolutividade no atendimento do usuário.

Diante desse propósito a questão norteadora deste estudo é:

Quais os serviços de atenção básica utilizados por pacientes com IC?

## **2 OBJETIVO**

## **2.1 Objetivo geral**

Descrever a utilização dos serviços de atenção básica por pacientes com IC que são acompanhados em ambulatório especializado de hospital terciário.

## **2.2 Objetivos específicos**

- Descrever os tipos de serviços de atenção básica procurados pelo pacientes no período de um ano;
- Descrever o número de consultas com a equipe médica e de enfermagem especializadas em IC no período de um ano no ambulatório de IC;
- Descrever a frequência do acesso aos serviços da atenção básica no mesmo período de um ano;
- Relacionar a utilização dos serviços de atenção básica, de acordo com idade, sexo, tempo de acompanhamento no ambulatório especializado do hospital terciário e proximidade do domicílio.

## **3 REVISÃO DA LITERATURA**

A seguir será apresentada a revisão da literatura desta pesquisa que discorre de forma mais aprofundada os conteúdos relacionados ao cuidado do paciente com IC e políticas públicas relacionadas ao sistema de saúde brasileiro.

### **3.1 Sistema Único de Saúde (SUS)**

O SUS é formado por todas as ações e serviços prestados por órgãos e instituições federais, estaduais e municipais de caráter público, permitindo de maneira complementar a participação da iniciativa privada a esse sistema (BRASIL, 2000).

#### **3.1.1 Níveis de complexidade da assistência do SUS**

O sistema de saúde brasileiro é dividido em três níveis de atenção em saúde, de acordo com o nível de complexidade do atendimento.

Atenção básica (AB) em saúde também conhecida como atenção primária em saúde (APS), é entendida como o primeiro nível de atenção que engloba ações que envolvam promoção da saúde, prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. O contato preferencial dos usuários correspondentes a um rol de procedimentos menos complexos e mais comuns de uma comunidade, mas que abrangem uma demanda de estudos de alta complexidade teórica e profundo conhecimento empírico da realidade do indivíduo (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE, 2011).

Os serviços de média e alta complexidade, também conhecidos como níveis secundário e terciário, são compostos por serviços que atendem os principais problemas e agravos de saúde da população, mas que exigem a prática clínica e assistência à demanda, a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de apoio diagnóstico e tratamento (BRASIL/CONNAS, 2011).

### **3.2 Insuficiência Cardíaca**

### 3.2.1 Conceito de Insuficiência Cardíaca

Nas condições atuais a IC é conhecida como síndrome clínica complexa caracterizada por comprometimento estrutural ou funcional do enchimento ventricular ou ejeção do sangue (YANCI, 2013). Os sinais e sintomas dessa síndrome são consequência da sobrecarga hídrica e perfusão tecidual inadequada. (SMELTZER, 2012). É a via final mais comum das doenças que acometem o coração (BOCCHI, 2009).

### 3.2.2 Etiologia

No Brasil, a principal etiologia da IC é a cardiopatia isquêmica associada à hipertensão arterial. Em determinadas regiões geográficas do país e em áreas de baixas condições socioeconômicas, ainda existem formas de IC associadas à doença de Chagas, endomiocardiofibrose e a cardiopatia valvular reumática crônica, que são situações especiais de IC em nosso meio (BOCCHI et al, 2009).

### 3.2.3 O cuidado do paciente com Insuficiência Cardíaca

Como o tratamento de IC crônica é complexo, pois envolve um autoconhecimento da doença e suas medidas de controle pelo paciente, atualmente diretrizes das sociedades de cardiologia em todo mundo afirmam que o cuidado desse paciente deve ser entregue a uma equipe multidisciplinar (MCDONAGH et al, 2011).

Segundo a Sociedade Europeia de Cardiologia o sucesso do tratamento desses pacientes está no cuidado contínuo ao longo dos diferentes serviços de saúde oferecidos ao paciente. Para isto, também é necessário o apoio da equipe multidisciplinar composta por médicos cardiologistas, enfermeiras especialistas, farmacêuticos, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, equipe de cuidados primários e assistentes sociais (MCMURRAY et al, 2012).

O objetivo do tratamento da IC é fornecer para todos os pacientes um diagnóstico preciso, transparência no tratamento, abrangendo serviços da comunidade e hospitalar, para que o paciente compreenda melhor como lidar com os diversos cuidados dispensados a sua saúde (MCMURRAY et al, 2012).

O manual sobre equipe multidisciplinar no atendimento ao paciente com IC desenvolvido na Austrália traz elementos fundamentais que são comuns a programas eficazes no tratamento desse paciente como: o envolvimento de diversos profissionais e áreas da saúde, promoção e apoio sobre o autocuidado para otimização da terapia farmacológica e não farmacológica, monitoramento de sinais e sintomas, continuidade dos cuidados nos diferentes níveis de atendimento dos serviços de saúde (NATIONAL HEART FOUNDATION OF AUSTRALIA, 2010).

Como um dos principais componentes da equipe multidisciplinar, a associação britânica dos enfermeiros especialistas em insuficiência cardíaca, destaca o enfermeiro como responsável pelo cuidado desse paciente, sendo atribuído a este profissional responsabilidades que envolvem desde o controle dos sinais e sintomas, a monitoração do tratamento farmacológico e não farmacológico, até o acompanhamento e monitoramento desse tratamento nos diferentes níveis de atendimento dos serviços de saúde (BRITISH HEART FOUNDATION, 2008).

A atuação da enfermeira em equipes multidisciplinares especializadas no manejo de IC é extremamente fundamental. O enfermeiro atuando na educação para a saúde, tanto num contexto hospitalar quanto extra hospitalar, é um processo que melhora o conhecimento e as habilidades que, conseqüentemente, influenciam nas atitudes do paciente que pode manter um cuidado adequado para a saúde (ALITI et al., 2007).

### **3.3 O cuidado do paciente com insuficiência cardíaca no serviço de atenção básica em saúde**

Conforme a PNAB brasileira, nível de atenção conhecido internacionalmente como cuidados em APS, tem como característica a promoção, proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma ação integral a saúde em forma de redes (BRASIL, 2012).

A atenção básica em saúde tem um papel fundamental na prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Isso ocorre através da prevenção primária dos fatores de risco (promoção da atividade física, alimentação saudável entre outros), prevenção secundária das complicações decorrentes dos fatores de riscos já existentes e da prevenção terciária (reabilitação e prevenção de futuras complicações) (MACINKO, DOURADO, GUANAIS, 2011).



As evidências têm demonstrado que o acompanhamento contínuo dos pacientes com IC melhora a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico, determina melhor otimização do tratamento, diminuindo o número de hospitalizações relacionadas diretamente à doença (BOCCHI et al, 2009).

Segundo *American Heart Association*, todo paciente com IC deve ter um plano de cuidados detalhados para a gestão eficaz das comorbidades e acompanhamento com uma equipe de saúde. Baseado no fórum nacional de qualidade em saúde que aprovam práticas preferenciais centradas na coordenação do cuidado, a assistência a esse paciente necessita de uma comunicação entre os membros da equipe de saúde, transições planejadas entre os diferentes níveis de atendimento dos serviços de saúde (YANCI et al., 2013).

A fundação de saúde do Reino Unido publicou um estudo em 2010 onde traz algumas características importantes para aperfeiçoar a qualidade do cuidado a esse paciente. As características desse cuidado contam com a articulação de equipes em diferentes níveis de atendimento dos serviços de saúde, inclusive o nível primário em saúde, que integrado aos outros serviços, melhora a qualidade do atendimento prestado ao paciente e a gestão do autocuidado (THE HEALTH FOUNDATION, 2010).

### 3.3.1 Redes de saúde

A portaria da PNAB de 2012 também define a organização das RAS como estratégia para um cuidado integral (BRASIL, 2012).

As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por diferentes ações e serviços em saúde, têm como características a forma poliárquica de organização, tendo a atenção básica em saúde como coordenadora do cuidado, incentivando a comunicação entre os outros níveis de assistência em saúde. O seu principal foco é melhorar a saúde ampliando o acesso aos serviços. As redes de atenção a saúde são voltadas para uma população adscrita pertencente a um território sobre sua responsabilidade. A forma de atuação desse sistema é proativo, contínuo, baseado em um plano de cuidados para cada usuário realizado conjuntamente pelos profissionais de saúde e pela própria pessoa. O foco do trabalho é promoção, prevenção, cura, cuidado, reabilitação ou paliativo atuando sobre determinantes sociais de saúde (MENDES, 2011).

As redes em saúde têm a atenção primária como coordenadora do cuidado para garantir a continuidade da atenção de modo integrado com os diferentes pontos de atenção dos demais níveis do sistema (RODRIGUES, 2014)

Também a atenção à saúde no Estado tem como objetivo organizar o sistema em redes de atenção à saúde, no qual a atenção básica é a coordenadora do cuidado em saúde. A atenção básica ou primária é a principal porta de entrada do SUS e centro de comunicação de redes de atenção à saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2013).

#### **4 MÉTODO**

#### **4.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo com delineamento transversal. De acordo com Hulley et al. (2008), no estudo transversal todas as medições são feitas em uma única ocasião ou durante um curto período de tempo. Baseado nesse delineamento o investigador irá correlacionar os resultados encontrados para descrever os padrões de distribuição das variáveis na população estudada.

#### **4.2 Campo**

O estudo foi realizado no Ambulatório de IC do HCPA, um hospital público, geral e universitário, vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

O trabalho, nesse ambulatório conta com uma equipe multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, nutricionistas, residentes e acadêmicos dos respectivos cursos de graduação. A finalidade do ambulatório é de acompanhar e intervir por meio de equipe multidisciplinar no tratamento e seguimento de pacientes com IC.

O ambulatório de IC funciona em dois dias da semana em turnos diferentes. Na segunda-feira o atendimento é realizado das 8:00 até 12:00 na zona 18. As terças-feiras acontecem a partir das 16: 00 na zona 16.

A agenda de consultas da enfermagem totaliza dezesseis atendimentos de enfermagem semanal. O enfoque das consultas é direcionado a avaliação clínica de sinais e sintomas de IC, além da investigação da adesão ao tratamento, suporte social e familiar. Durante as consultas o paciente recebe educação sobre IC é estimulado a desenvolver ações para o autocuidado.

A agenda médica realiza cerca de 40 consultas semanais e tende pacientes de todas as regiões do estado do Rio Grande do Sul. O total de pacientes atendidos pelas especialidades médica e de enfermagem por semana somam 50.

#### **4.3 População e amostra**

Por meio da estimação de proporções com precisão absoluta específica, considerando um percentual de 50% utilizam os serviços de AB em saúde, margem de erro de 5 pontos percentuais e nível de confiança de 95% serão necessários a inclusão de no mínimo 385 pacientes no estudo.

A estratégia de seleção dos pacientes foi através de consultas médicas e de enfermagem agendadas no período de Agosto a Novembro de 2014.

#### **4.4 Critérios de elegibilidade**

##### **4.4.1 Critérios de inclusão**

Pacientes adultos com diagnóstico de IC estabelecido, e atendido por equipe médica ou/e equipe de enfermagem no ambulatório.

##### **4.4.2 Critérios de exclusão**

Foram excluídos aqueles pacientes com dificuldade de comunicação ou entendimento para informar as questões relativas à pesquisa, e que estivessem sem familiar.

#### **4.5 Coleta dos dados**

A coleta dos dados foi realizada mediante a aplicação de um questionário (APÊNDICE A) e por meio do prontuário eletrônico do HCPA. Os pacientes responderam um questionário estruturado em forma de entrevista. O convite foi realizado enquanto aguardavam pela consulta médica ou de enfermagem. A entrevista e o preenchimento do questionário foram realizados no consultório, no momento que o profissional de saúde que estava atendendo o paciente (médico, enfermeiro, nutricionista) se retirava da sala para discutir o caso com o respectivo preceptor. O tempo máximo para a aplicação do questionário foi de 10 minutos aproximadamente. O tempo de acompanhamento dos usuários no ambulatório de IC e quantas consultas foram realizadas no período de um ano foram coletados através do prontuário eletrônico do hospital.

#### **4.6 Análise dos dados**

Os dados foram digitados em planilha do programa Excel® para tabulação de um banco de dados e analisados no pacote estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS v. 18). As variáveis contínuas com distribuição normal foram expressas como média e desvio padrão e as variáveis assimétricas como mediana e intervalo interquartil.

Para variáveis quantitativas diferenças entre os dois grupos foram analisadas pelo teste *t* de *Student*.

As variáveis categóricas foram expressas com frequências absolutas e percentuais. Para avaliar o tempo de atendimento no ambulatório e a procura pelos serviços de atenção básica será realizado pelo teste de qui-quadrado. Um  $P < 0,05$  foi considerado estatisticamente significativo.

#### **4.7 Aspectos éticos**

O projeto de pesquisa foi submetido à Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS (COMPESQ) e ao Comitê de Ética e Pesquisa do HCPA. O projeto foi conduzido de acordo com os princípios da Declaração de Helsinkí e com o constante na Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Todos os pacientes selecionados receberam informações e esclarecimentos a respeito do protocolo do estudo e de sua participação, onde assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) antes de sua inclusão, assegurando a participação voluntária, a possibilidade de desistência a qualquer momento, a preservação do anonimato e a confidencialidade das informações.

## **5 RESULTADOS PRELIMINARES**

A seguir serão apresentados dados preliminares referentes às características dos pacientes entrevistados que frequentam o ambulatório de IC.

### 5.1 Características dos pacientes que frequentam o ambulatório de insuficiência cardíaca

Foram incluídos no estudo 201 pacientes (total da amostra 385), com idade média  $61\pm 13$  anos, desses 116(57,7%) é do sexo masculino e 85(42,3%). Na tabela 1 estão demonstradas as características da amostra.

Tabela 1. Características dos pacientes que frequentam o ambulatório de IC. Porto Alegre 2014.

<b>Variáveis</b>	<b>N=201</b>
<b>Idade*(anos)</b>	61±13
<b>Sexo masculino</b>	116(57,7)
<b>Sexo feminino</b>	85(42,3)
<b>Número de Comorbidades Associadas</b>	2±1,04
Hipertensão arterial sistêmica	133(66,2)
Diabetes Mellitus tipo 2	67(33)
Dislipidemia	18(9)
Anticoagulados	18(9)
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	16(8)
Insuficiência Renal Crônica	15(7,5)
Câncer	14(7)
Depressão	11(5)
História de tabagismo no passado	67(33,3)
História de etilismo no passado	27(13,4)
<b>Nº de pacientes em acompanhamento no ambulatório por equipe*</b>	
Equipe médica	201(100)
Equipe de enfermagem	114(56,7)

Equipe da nutrição	20(10)
<b>Tempo de acompanhamento*</b>	
Mínimo* (dias)	30
Máximo * (anos)	20

As variáveis categóricas expressas em n° absoluto e percentual (%). As variáveis contínuas expressas em média  $\pm$  desvio padrão.

## 5.2 Dados relacionados à Unidade Básica de Saúde

Quase a totalidade da amostra, 197(98%) pacientes tem UBS na região onde moram, 185(92%) têm UBS perto de sua casa, segundo seu autorrelato. Em relação à presença de agentes comunitários de saúde (ACS), 104(53,6) pacientes afirmaram ter ACS na UBS que frequentam, 27(13,9) afirmaram não existir ACS na UBS que frequentam e 63(32,5) não souberam responder.

## 5.3 Dados relacionados à utilização dos serviços de atenção básica em saúde por pacientes com IC.

Em relação ao acesso à UBS 158(78%) utilizavam algum tipo de serviço prestado por esse nível de complexidade. Na tabela 2 estão descritos os serviços utilizados na UBS e a motivação pela busca de atendimento.

Tabela 2. Serviços utilizados e motivação na busca por atendimento na UBS durante o período de um ano.

<b>Serviços utilizados na UBS e motivação para uso</b>	<b>N=158 (78)</b>
Consulta médica	107(53)
Retirada de medicamentos	133(66)
Consulta com enfermeiro	24(12)
Aferição da pressão arterial (PA)	82(41)

Verificação da glicemia capilar	53(26)
Vacinação	72(35)
Atividades em grupos	3(1,5)
Encaminhamentos para exames	56(28)
Procedimentos de enfermagem	16(8)
Verificação do peso	45(22)
<b>Motivação</b>	
Proximidade do domicílio	55(27)
Necessidade	46(23)
Hábito	7(3,5)
Bom atendimento	50(25)
Variáveis categóricas expressas em n(%).	

#### 5.4 Relação da utilização dos serviços de AB de acordo com sexo, idade, tempo de acompanhamento no ambulatório, comorbidades, proximidade do domicílio e Frequência do acesso ao ambulatório e a UBS em um ano

Quanto ao sexo dos pacientes, a utilização dos serviços de atenção básica não foi estatisticamente significativa ( $P= 0, 247$ ). Dos 85 pacientes do sexo feminino, 82% utilizam, enquanto 17% não utilizam. Em relação ao sexo masculino 116 pacientes, 76% utilizam, enquanto 24% não utilizam.

Quanto à idade dos pacientes que frequentam a UBS, estatisticamente não teve significância sendo em média 62 anos para os pacientes que utilizam e 59 anos para os pacientes que não utilizam os serviços de AB ( $p= 0, 743$ ).

Quanto o tempo de acompanhamento no ambulatório de IC, em média, os pacientes que frequentaram a UBS tiveram praticamente o mesmo tempo de acompanhamento no ambulatório que os pacientes que não frequentaram a UBS. Os 158 pacientes que frequentaram a UBS têm em média 4,11 anos em acompanhamento enquanto os 43 pacientes que não frequentaram tiveram em média 4, 47 anos de acompanhamento no ambulatório do HCPA ( $p= 0, 383$ ).



O número de comorbidades não teve relação estatisticamente significativa com a utilização da UBS. Em média quem utilizou a UBS teve 1,9 comorbidades enquanto quem não utilizou teve 1,8( $p= 0,173$ ).

Entre os 201 pacientes, 158(95,6%) utilizaram a UBS, sendo que 81,6% frequentaram a UBS localizada perto da sua residência. O percentual de pacientes que utilizou alguma UBS que não estava localizada perto de sua foi de 43,8%. Entretanto, dos 34(79%) pacientes que não utilizaram a UBS, 18,4% tinham e 56,3% não tinham UBS localizadas próximo a sua residência.

Conforme a realização do teste qui-quadrado no qual encontramos estatisticamente o valor de significância  $p= 0,000$  demonstra que as duas variáveis são independentes. Ou seja, a utilização dos serviços da UBS não está relacionada a proximidade do domicílio.

A frequência de acesso ao ambulatório em um ano foi de 4,35 vezes com desvio padrão de 2.5, provavelmente para consultas especializadas, enquanto a frequência na UBS de 158 pacientes durante um ano foi de 7,07 vezes e desvio padrão de 6.2, não sendo possível inferir que tipo de serviços exatamente foi buscado.

### 5.5 Outras informações em relação ao acesso dos pacientes aos serviços de saúde

Quando questionados os pacientes em relação à continuidade do tratamento da IC 100% dos pacientes responderam tratar IC no ambulatório do HCPA. Além do ambulatório do HCPA 43% da amostra também procura a emergência do HCPA, 5,5% também acessa a emergência de outro hospital e 9% procuram também o posto de saúde.

Quando os pacientes necessitam utilizar os serviços de saúde por problemas de saúde qualquer problema de saúde 74% procuram o ambulatório do HCPA, 67% procuram a emergência do HCPA, 27% procuram o posto, 26% procuram a UBS e 9% procuram Unidade de pronto atendimento (UPA).

Aos Serviços que referenciaram os pacientes para o ambulatório de IC, 38% foram encaminhados da UBS, 38% foram encaminhados da emergência do HCPA, 13% foram encaminhados de outro hospital, 8,5% encaminhados de outros ambulatórios do HCPA.

Quando questionados em relação ao vínculo com algum profissional de saúde 96% dos pacientes não possuem vínculo com nenhum profissional de saúde. 41% dos profissionais de saúde do ambulatório do HCPA orientam os pacientes a procurar uma UBS próxima a sua casa quando precisarem de auxílio para o tratamento.

O número de consultas com a equipe médica e de enfermagem realizadas durante um ano, não foi possível avaliar. Pois a pesquisa incluiu pacientes com mínimo de tempo em atendimento no ambulatório, 30 dias, com esse tempo de inclusão provavelmente outras equipes (enfermagem, nutrição) ainda não teriam acesso a esse paciente, através de convites aos seus grupos conforme realizado quando o paciente se vincula a essas equipes no ambulatório. Por isso, pacientes com primeira consulta provavelmente aparecem vinculados apenas à equipe médica.

## **6 DISCUSSÃO**

Este estudo apresenta dados preliminares da utilização dos serviços de atenção básica (AB) em saúde por pacientes com insuficiência cardíaca atendidos no ambulatório de um hospital terciário.

Acredita-se que a vinculação dos serviços de saúde, onde a atenção AB atue como coordenadora do cuidado possa permitir que se estabeleça um fluxo de continuidade na atenção à saúde do paciente (MENDES, 2010).

Dos 201 pacientes que freqüentaram o ambulatório de IC, 158 utilizaram algum dos serviços oferecido pela AB. Um número bastante considerável fica sujeitos a intervenção da AB. A idade média é de 61 anos com desvio padrão de 13 e 116(57,7%) são do sexo masculino e 85(43,2) são do sexo feminino.

Visto que a AB tem a função de integrar instituições, profissionais e trabalhadores dos serviços de saúde para evitar a fragmentação e alcançar a atenção integral e integrada (ALMEIDA et AL, 2011).

Das comorbidades presentes a hipertensão arterial sistêmica e a diabetes mellitus tipo 2 se destacam com 133(57,7%) e 67(33,3%), respectivamente. O número de ex-tabagistas também se destaca com 67(33,3%). As comorbidades freqüentemente acompanham a insuficiência cardíaca contribuindo para um aumento da morbidade e mortalidade e um comprometimento da qualidade de vida (DEURSEN et al, 2014).

Em relação a UBS, a maioria possui UBS na região de moradia, sendo 185(92) possuem perto de casa, segundo o autorrelato e 104(53,6) afirmam ter agente comunitário de saúde (ACS). A saúde da família é a estratégia principal para a reorganização e fortalecimento da AB, tendo ACS papel principal no acolhimento e vínculo com o paciente (BRASIL, 2009).

A pesquisa não só permitiu analisar aspectos relacionados ao acesso e utilização dos serviços de AB, mas também analisar os motivos que levam os pacientes a utilizarem esses serviços e relacionar o acesso a outros serviços de saúde utilizados pelos pacientes.

Dos serviços utilizados na AB a consulta médica foi um dos serviços mais citados, utilizada por cerca de 53% dos usuários. Um dos fatores que tem impactado na AB como coordenadora da rede de cuidados é o incremento dos médicos generalistas relacionados à gestão e a responsabilização pelo itinerário terapêutico do usuário como os encaminhamentos para médicos especialistas, referência e contra-referência (ALMEIDA et al, 2011).

Esta coordenação prevê um cuidado compartilhado entre o médico generalista e o especialista, de maneira a integrar as informações dos cuidados entre os diversos níveis do sistema de saúde (FINKELSZTEIN et al, 2009).

Cerca de 38% dos pacientes entrevistados haviam sido encaminhados para o ambulatório de IC pelos médicos generalistas da AB, isso pode auxiliar na capacidade de resolução ao atendimento.

Um estudo publicado em 2013 avaliou algumas estratégias que estão significativamente associadas à diminuição das taxas de readmissões de pacientes com insuficiência cardíaca em 30 dias. Os autores apontam estratégias como o acompanhamento do paciente, visitas de enfermeiros e médicos da comunidade (BRADLEY et al, 2013).

Outro serviço utilizado pelos usuários foi a retirada de medicamentos. Como parte integrante do sistema de saúde, a assistência farmacêutica é determinante para a resolubilidade da atenção e dos serviços prestados em saúde, além de fazer parte da promoção, proteção e recuperação da saúde tendo o medicamento como insumo essencial (BRASIL, 2011).

Outro serviço importante utilizado foi a consulta de enfermagem, que tem como objetivo prestar assistência sistematizada de forma global e individualizada, identificando problemas de saúde - doença executando e avaliando cuidados que melhore o autocuidado do paciente em relação às suas doenças. (CAMPOS et al, 2011). O enfermeiro realiza o exame clínico, em sua consulta, abordando aspectos clínicos de alteração da doença e seus sinais e sintomas como dispneia, dispneia paroxística noturna, ortopneia, distensão da veia jugular, cansaço, edema, refluxo hepatojugular, crepitações entre outros (ALITI et al, 2011). Além do exame físico-clínico, a consulta de enfermagem é o momento em que o enfermeiro realiza a educação em saúde (ALITI, 2007).

Estudos comprovam que quando os pacientes são instruídos a reconhecer os sintomas de descompensação da doença e logo procurar ajuda de um profissional da saúde o agravamento desses sintomas seriam evitados e conseqüentemente as internações ou complicações também passariam a ser prevenidas (GRADY et al, 2000).

Entretanto, a consulta de enfermagem foi citada apenas por 24 pacientes que participaram do estudo, ou seja, 11% dos entrevistados. A AB tem um papel principal no auxílio ao gerenciamento dos cuidados ao paciente que sofre de insuficiência cardíaca, baseado em uma atenção multidisciplinar, o enfermeiro pode, através da

educação em saúde, ajudar o paciente a monitorar os sinais e sintomas da doença como; peso, uso de medicamentos, dieta e ingestão hídrica (GILMOUR et al, 2014).

Assim, o trabalho do enfermeiro na AB é voltado para o indivíduo, produção do cuidado, monitoramento da situação de saúde da população (MATUMOTO et al, 2011)

O prognóstico de pacientes internados por descompensação de insuficiência cardíaca é alto em relação às reinternações e mortalidade (FELKER et al, 2009). Um estudo traz que a descompensação dessa doença tem na maioria das vezes fatores que poderiam ser identificáveis e prevenidos como; uso de medicação irregular, não controle da alimentação e ingestão hídrica, exacerbação de DPOC entre outros (SUSAN et al, 2009), fatores importantes que podem ser abordados na consulta de enfermagem.

Por isso, o papel do enfermeiro no tratamento do paciente com insuficiência cardíaca é fundamental para a continuidade do cuidado, através de estratégias de educação em saúde que envolve um tratamento complexo e alterações no estilo de vida (ALITI et al, 2007).

Nos EUA os serviços de emergência servem de principal porta de entrada para hospitalização desses pacientes. Quase 800 mil pacientes do 1 milhão de pacientes que são hospitalizados por insuficiência cardíaca descompensada são atendidos inicialmente por médicos da emergência (WEINTRAUB et al, 2010). Na amostra 39% haviam sido encaminhados da emergência do HCPA, 13% emergência de outro hospital.

Entretanto, apesar dos pacientes com insuficiência cardíaca terem acesso e utilizarem serviços de AB a procura por esse serviço em momentos isolados é frequente, pois quando os pacientes foram questionados sobre qual serviço procuravam quando estavam com sintomas de descompensação da doença apenas 44(21,9%) acessam a UBS, escolhendo as emergências como opção principal com 102(50,7%) emergência HCPA e 67(33,3%) emergência de outro hospital.

Assim como questionados sobre a continuidade do tratamento da Insuficiência cardíaca onde o ambulatório de insuficiência cardíaca foi citado por todos seguidos da emergência do HCPA com 86(43%), UBS 18(9%) e emergência de outro hospital com 11(5,5%).

Estudos mostram que apesar da ampliação da rede básica ter contribuído para uma melhor acessibilidade, verificou-se desproporção entre a oferta, capacidade de atendimento e a demanda (ASSIS, JESUS, 2012).

Esses dados apenas poderiam reforçar a fragmentação do sistema de saúde, voltados para atenção às condições agudas e às agudizações de condições crônicas

(MENDES, 2011). O vínculo, uma aproximação entre o usuário e profissional da saúde de modo que ambos expressem suas intenções, interpretações, necessidades, razões e sentimentos, uma ligação de convivência de ajuda e respeito mútuos estratégia para aproximação dos usuários e profissionais de saúde (ARRUDA, SILVA, 2012).

Esse vínculo que fomenta o cuidado humanizado permitindo que o paciente tenha um profissional de referência, tentando acabar com a lógica de fragmentação dos sistemas de saúde, não é reconhecido pela maioria dos pacientes entrevistados, pois 184(91,5%) não apresentam vínculo com nenhum profissional da saúde.

Outros serviços que deveriam ser de rotina para quem frequenta uma UBS, visto que 158(78,6) pacientes utilizam o serviço, como verificar a Pressão Arterial 82(40,8), glicose 53(26,4), vacinas 72(35,8), peso 45(22,4) e procedimentos de enfermagem 16(8%) não são citados por todos os usuários que frequentam uma UBS. Entretanto, esses procedimentos fazem parte das atividades rotineiras dos enfermeiros, instituídos por protocolos de enfermagem que devem ser desenvolvidos pelo enfermeiro e sua equipe. (RJ, 2012).

Um serviço pouco utilizado na UBS pelos pacientes é a atividade em grupo, apenas 3(1,5%). As atividades em grupo visam promover práticas educativas que abordam o processo saúde doença na perspectiva do autocuidado (CARNEIRO et al, 2012).

Outro serviço utilizado por 56(27%) foi encaminhamentos de exames.

Num relatório publicado pela OMS em 2008 no qual discute a importância e necessidade de fortalecer e qualificar a AB pelo seu potencial de ser facilitadora das demandas de forma segura, efetiva, socialmente produtiva da promoção da saúde, prevenção da doença, da cura e dos cuidados em geral (LAVRAS, 2011).

Conforme apresentado nos resultados preliminares esse estudo não teve relação estatisticamente significativa com a utilização dos serviços da UBS por sexo, embora estudos publicados indiquem que a frequência dos homens nos serviços de AB em saúde é menor do que a das mulheres (GOMES, 2007).

Esse estudo também não apresentou associação estatisticamente significativa entre o número de comorbidades e a utilização dos serviços de UBS, provavelmente pela característica dos pacientes com insuficiência cardíaca, pois eles apresentam em geral muitas comorbidades associadas (TEVENDALE, BAXTER, 2011).

### 6.1 Limitações do Estudo

Os dados aqui apresentados são preliminares, dessa forma, não puderam ser observadas relações estatisticamente significativas nas associações da utilização dos serviços de AB em saúde. Diante disso, afim de completar a amostra e reavaliar novamente os dados coletados.

## 7 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

Diante dos dados apresentados podemos perceber que grande parte dos pacientes que freqüentam o ambulatório de IC utiliza os serviços de AB, entretanto esses serviços são utilizados isoladamente.

A nova política de AB instituída em 2011 reflete um papel importante aos serviços de AB em saúde, para fortalecimento do SUS. Esse serviço tem a lógica de coordenação dos fluxos em relação aos demais serviços de saúde. Além das suas ações de saúde que abrangem promoção, proteção da saúde, prevenção de agravos, o diagnóstico e seu tratamento, a reabilitação e redução de danos e a manutenção da saúde para que ocorra um cuidado integral e continuado com os demais níveis de assistência em saúde (FIO CRUZ, 2012).

Enfim, os profissionais de saúde que trabalham tanto no âmbito da AB como especialistas precisam se aproximar desse novo paradigma de cuidado para que sua assistência se concretize de uma forma não fragmentada de atenção, permitindo que a integralidade e continuidade do cuidado com os pacientes ocorram em todos os níveis de assistência.

## REFERÊNCIAS

- ALITI, G.B. et al. Cenários de educação para o manejo de pacientes com insuficiência cardíaca. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 15, n. 2, 2007. Disponível em <<http://www.eerp.usp.br/rlae>>. Acesso em: 15 junho 2014.
- ALITI, G.B. et al. Sinais e sintomas de pacientes com insuficiência cardíaca: inferência dos diagnósticos de enfermagem prioritários. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 590-5, 2011.
- ALMEIDA, P.F et al. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Revista pan Americana de salud publica**, v. 29, n. 2, p. 84-95, 2011
- ARRUDA, C.; SILVA, D.M.G.V. Acolhimento e vínculo na humanização do cuidado de enfermagem às pessoas com diabetes mellitus. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 5, p. 758-66, 2012.
- ASSIS, M.M.A.; JESUS W.L.A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.
- BAPTISTE, D.L. et al. A nurse-guided patient-centered heart failure education program. **Journal of Nursing Education and Practice**. Greater Baltimore Medical Center, United States of American, v. 4, n. 3, 2014. Disponível em <<http://www.sciedu.ca/jnep>>. Acesso em: 18 jun. 2014.
- BENTO, V.F.R.; BROFMAN, P.R.S. Impacto da consulta de enfermagem na frequência de internações em pacientes com insuficiência cardíaca em Curitiba – Paraná. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Curitiba, v. 92, n. 6, p.490-6, 2009.
- BOCCHI, E.A. et al. Atualização da diretriz brasileira de Insuficiência Cardíaca crônica – 2012. Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 98, n. 1, p. 1-33, 2012.
- BOCCHI, E.A. et al. III Diretriz Brasileira de insuficiência cardíaca crônica. Sociedade Brasileira de cardiologia. **Arquivos Brasileiros de cardiologia**. Rio de janeiro, v.93, n. 1, p. 1-71, 2009.
- BRADLEY, E.H et al. Hospital strategies associated with 30-day readmission rates for patients with heart failure. **Circulation cardiovascular quality and outcomes**, p. 444-50, 2013. Disponível em <<http://circoutcomes.ahajournals.org/content/6/4/444>>. Acesso em: 10 nov. 2014.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Ministério da Sa **Assistência de média e alta complexidade no SUS/ conselho nacional de secretária de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 248 p.



- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **Assistência Farmacêutica no SUS/ conselho nacional de secretários de saúde**. Brasília: CONASS, 2011. 186 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, v. 2, 2013. 207 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção básica**. Série Pactos pela Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção básica**. (Série Pactos pela Saúde). Brasília: Distrito Federal, v. 4, 2012. 110 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 44 p.
- BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)>. Acesso em: 10 abr. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. O trabalho do agente comunitário de saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde, departamento de Atenção Básica. – Brasília, 2009. 84 p.
- BRITISH HEART FOUNDATION. **Heart failure nurse services in England: executive summary**. England and Scotland, 2008. 26 p. Disponível em: <<http://www.bhf.org.uk>>. Acesso em: 4 jun. 2014.
- CAMPOS, R.M.C. et al. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivenciado enfermeiro na estratégia da saúde da família. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 45, n. 3, p. 566-74, 2011.
- CARNEIRO, A.C.L.L. eT al. Educação para a promoção da saúde no contexto da atenção primária. **Revista Pan americana de Salud Publica**, v. 31, n. 2, p. 115-20, 2012.
- DEATON, C. et al. Are we delivering evidence-based care for heart failure in primary care?. **National Institute for Health Research**, 2012. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk>>. Acesso em 5 mai. 2014.
- DEURSEN, V.M. et al. Vincent M. Co-morbidities in patients with heart failure: an analysis of the European Heart Failure Pilot Survey. **European Journal of Heart Failure**, v.16, p. 103–11, 2014.
- FELKER, G.M. et al. Loop diuretics in acute descompensated heart failure: necessary? evil? a necessary evil. **Circulation Heart Failure**, p. 56-62, 2009. Disponível em: <<http://circheartfailure.ahajournals.org/content//1/56>>. Acesso em 9 nov. 2014.
- FIOCRUZ. **Linhas gerais e desafios da Política Nacional da Atenção Básica Portaria 2488**, 2012.

FINKELSZTEIN, A. ET AL. Encaminhamentos da atenção primária para avaliação neurológica em Porto Alegre, Brasil. **Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro**, v. 19, n. 3, p. 731-41, 2009.

GILMOUR, J.R.N. et al. Primary health care nurses and heart failure education: a survey. **Journaul Primary Health care**, v. 6, n. 3, p. 229 – 37, 2014.

GOMES, R. et al. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-574, mar, 2007

GRAGY, K.L. et al. Team management of patients with heart failure: a statement for healthcare professionals from the cardiovascular nursing council of the american heart association. *Circulation*, p. 2443- 56, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores sociodemográficos e de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009. 152 p.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Revista Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.

MACINKO, J.; DOURADO, I.; GUANAIS, F. C. **Doenças Crônicas, atenção primária e desempenho dos sistemas de saúde diagnósticos, instrumentos e intervenções**. Banco Interamericano de Desenvolvimento, 2011. 33 p.

MANGINI, S. et al. Insuficiência cardíaca descompensada. **Revista Einstein**, v. 11, n. 3, p. 383 -91, 2013.

MATUMOTO, S. et al. A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 1, 8 telas, 2011

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. 2. Ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011. 549 p.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MUSSI, C.M. et al. Visita domiciliar melhora conhecimento, autocuidado e adesão na insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado HELEN-I. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 21 (Spec), 9 telas, 2013.

MCDONAGH, T.A et al. European society of cardiology heart failure association standards for delivering heart failure care. **European Journal of Heart Failure**, v. 13, n. 3, p. 235- 241, 2011.

MCMURRAY, J.J.V. et al. ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. **European Heart Journal**, v. 33, n. 1, p. 1787-1847, 2012. Disponível em: <<http://www.escardio.org/guidelines>>. Acesso em: 22 jun. 2014.

NATIONAL HEART FOUNDATION OF AUSTRALIA. **Multidisciplinary care for people with chronic heart failure**: principles and recommendations for best practice. Australia, 2010. 48 p.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). **Chronic heart failure treatment and monitoring**. Disponível em: <<http://pathways.nice.org.uk/pathways/chronic-heart-failure>>. Acesso em: 4 abr. 2014.

NATIONAL QUALITY FORUM. **Preferred practices and performance measures for measuring and reporting care coordination**: a consensus report. Washington, 2010. 35 p. Disponível em: <<http://www.qualityforum.org>>. Acesso em: 29 jun. 2014.

NEUENSCHWANDER, J.F. et al. Acute decompensated. **Critical care clinics**, v. 23, p. 237- 58, 2007. Disponível em < <http://criticalcare.theclinics.com>>. Acesso em 8 de nov. 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE. **Atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS**. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2011. 113 p.

PORTAL DA SAÚDE. Ministério da saúde. **Cidadão. Entenda o SUS**. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/entenda-o-sus>. Acesso em 10 abr. 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Plano estadual de saúde: 2012-2015**. Grupo de Trabalho Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão (Org.).Porto Alegre: 2013. 250 p.

RIO DE JANEIRO. Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro. Coordenação de Saúde da Família. **Protocolos de Enfermagem na atenção primária á saúde / Prefeitura, Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil**, 2012. 119 p.

RODRIGUES, L. B. B. et al. A atenção primária à saúde na coordenação nas redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p.343 – 52, 2014.

SILVA, S.F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2753-62, 2011.

SUSAN, M. et al. Acute Descompensated heart failure. **Texas Heart Institute, Houston**, v. 36, n. 6, p 510-20., 2009.

SMELTZER, S.C et al. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.CAPITULO 30.

TEVENDALE, E.; BAXTER, J. Heart failure comorbidities at the end of life. **Current opinion in supportive and palliative care**, p. 5322-326, 2011.

THE HEALTH FOUNDATION. **Bridging the quality gap: heart failure**. London, 2010. 111 p. Disponível em: <<http://www.health.org.uk>>. Acesso em: 22 mar. 2014.

YANCI, C.W. et al. Guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association task force on practice guidelines. **Circulation**, v. 128, p. 240-327, 2013. Disponível em: <<http://www.circ.ahajournals.org/content/128/16/e240>>. Acesso em: 22 abr. 2014

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados

APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Questionário para a coleta de dados	
Questionário n°. ____	Data: ____/____/2014      Idade: _____      Sexo: ( )M ( )F
1. Qual é o seu nome: _____	Prontuário: _____
2. Qual município o senhor (a) mora? ( ) Porto Alegre ou ( ) Outro Qual: _____	
3. Existe alguma unidade básica de saúde que você possa frequentar em sua região? ( ) Não Sei ( ) Não ( ) Sim	
4. Existe alguma unidade Básica perto de sua casa? ( ) Sim ( ) Não Sei ( ) Não	
5. Utiliza alguma UBS? ( ) Sim ( ) Não	
	<p>Qual a motivação para essa utilização?</p> <p>( ) Proximidade ao domicílio ( ) Falta de opção ( ) Hábito ( ) Bom atendimento</p>
6. Quais os tipos de serviços utilizados na UBS?	
a) Utiliza consulta médica? ( ) Sim ( ) Não	
b) Utiliza para retirar medicamentos? ( ) Sim ( ) Não	
c) Utiliza para consulta com enfermeiro? ( ) Sim ( ) Não	
d) Utiliza para verificação da pressão arterial? ( ) Sim ( ) Não	
e) Utiliza para verificar glicose? ( ) Sim ( ) Não	
f) Utiliza para vacinação? ( ) Sim ( ) Não	
g) Utiliza para atividades de grupo da UBS? ( ) Sim ( ) Não	
h) Utiliza para exames? ( ) Sim ( ) Não	
i) Procedimentos de enfermagem? ( ) Sim ( ) Não	
j) Utiliza para outros serviços? ( ) Sim ( ) Não	
	<p>Qual: _____</p>
7. Em um ano qual a frequência, aproximada, da utilização dos serviços na UBS? ( ) uma vez ao mês ( ) mais de uma vez ao mês ( ) a cada 6 meses ( ) a cada 12 meses	
	<p>Quantas? _____</p>
8. Na sua percepção a UBS que você frequenta localiza-se, aproximadamente em relação	

ao seu domicílio? ( ) Muito perto ( ) perto ( ) Muito Longe ( ) longe	
9.O senhor(a) sabe se nesta UBS existem Agentes Comunitários em Saúde? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não Sei	
10. Quando o sr.(a) esta com falta de ar, cansaço, dor no peito, edema nos tornozelos, dificuldades para dormir e fazer atividades diárias como lavar a louça ou se vestir. Já procurou a UBS? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não Sei	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;">         Onde você procurou atendimento?  <input type="checkbox"/> Serviço de emergência  <input type="checkbox"/> Clínica Privada  <input type="checkbox"/> Ambulatório do HCPA  <input type="checkbox"/> Outro.          Qual? _____       </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;">         Por qual profissional foi atendido?  <input type="checkbox"/> Secretário  <input type="checkbox"/> Téc. de Enfermagem  <input type="checkbox"/> Enfermeiro  <input type="checkbox"/> Médico  <input type="checkbox"/> Todos anteriores  <input type="checkbox"/> Outro profissional  <input type="checkbox"/> Não foi atendido       </div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;">         Recebeu alguma orientação?  <input type="checkbox"/> Procurar outro serviço de saúde  <input type="checkbox"/> Sobre medicamentos  <input type="checkbox"/> Cuidado da doença  <input type="checkbox"/> Controle hídrico  <input type="checkbox"/> Controle do Sódio  <input type="checkbox"/> Fazer exames       </div>	Qual: _____
11. O senhor (a) possui algum outro problema de saúde como, por exemplo, açúcar no sangue, pressão alta, problemas respiratórios, depressão ou câncer? ( ) sim ( ) não	
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> <input type="checkbox"/> diabetes  <input type="checkbox"/> hipertensão  <input type="checkbox"/> problema respiratório          Qual: _____  <input type="checkbox"/> depressão  <input type="checkbox"/> câncer  <input type="checkbox"/> outros          Quais? _____       </div>
12. Onde você costuma seguir seu tratamento para IC?	
<input type="checkbox"/> Somente no ambulatório do HCPA <input type="checkbox"/> Ambulatório, emergência do HCPA <input type="checkbox"/> emergência de outro hospital <input type="checkbox"/> UBS, emergência e outro hospital	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;">         Consulta com quais equipes?  <input type="checkbox"/> Médica  <input type="checkbox"/> Enfermagem  <input type="checkbox"/> Nutrição  <input type="checkbox"/> Outros → Qual: _____       </div>

( ) UBS e ambulatório do HCPA
13. Qual a frequência de consultas no ambulatório de IC em um ano? ( ) 2 x ao ano ( ) 4 x ao ano ( ) 6 x ao ano ( ) 8 x ao ano ( ) 10 x ao ano ( ) Mais de 10 x ao ano
14. Qual o tempo de acompanhamento no ambulatório de IC? ( ) Menor que 1 ano → Quanto tempo? _____ ( ) 1 ano ( ) 1 ano e alguns meses ( ) 2 anos ( ) 3 anos ( ) 4 anos ( ) 5 anos ( ) Maior que 5 anos → Quantos? _____
15. Algum profissional da saúde já orientou o senhor(a) acompanhar seu tratamento na UBS? ( ) Sim ( ) Não
16. Quando o senhor tem algum problema de saúde que serviços costuma procurar? ( ) Somente no ambulatório do HCPA ( ) Ambulatório, emergência do HCPA ( ) emergência de outro hospital ( ) UBS, emergência e outro hospital ( ) UBS e ambulatório do HCPA ( ) Pronto atendimento
17. Quais os principais motivos pelos quais o senhor (a) optou seguir seu tratamento no ambulatório de insuficiência cardíaca do HCPA? ( ) Dificuldade no agendamento de consultas na UBS ( ) Facilidade para consultar com o médico ( ) Porque o atendimento é melhor ( ) Porque quando precisa de outros serviços em saúde é encaminhado a partir desse ambulatório ( ) Porque tem acesso a outros profissionais de saúde além do médico
18. Quando o senhor (a) esta com um problema de saúde tem algum profissional certo que possa procurar na maioria das vezes? ( ) Sim ( ) Não Quem? _____

## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Título: Utilização dos serviços de atenção básica em saúde por pacientes com insuficiência cardíaca**

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa "Utilização dos serviços de atenção básica em saúde por pacientes com insuficiência cardíaca. O objetivo da pesquisa é conhecer melhor a utilização dos serviços de atenção básica em saúde por pacientes com insuficiência cardíaca. Se você aceitar participar da pesquisa deverá responder um questionário com duração de aproximadamente 10 minutos sobre a utilização dos serviços de atenção básica.

Esta pesquisa poderá contribuir para um melhor entendimento sobre o acesso aos serviços de atenção básica em saúde por pacientes com insuficiência cardíaca e sobre a contribuição desse acesso na adesão e continuidade no tratamento desses pacientes. Os dados de identificação dos participantes serão preservados, sendo que os resultados serão divulgados em conjunto, sem identificação do participante. Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela participação no estudo. A participação no estudo é totalmente voluntária, e a não participação ou a desistência após ingressar no estudo não implicará em nenhum tipo de prejuízo ao atendimento que o participante recebe na instituição. O estudo não trará nenhum benefício direto aos participantes, mas, poderá contribuir para o aumento do conhecimento sobre o assunto abordado e os resultados poderão auxiliar na implementação de medidas que também contribuam para o adequado atendimento de pacientes com insuficiência cardíaca. Não são conhecidos riscos associados à participação na pesquisa, mas poderá haver algum desconforto no momento da resposta ao questionário. De qualquer maneira, você poderá recusar-se a responder qualquer pergunta, sem nenhum prejuízo. As dúvidas sobre o estudo poderão ser esclarecidas através do contato com a pesquisadora responsável, Prof<sup>a</sup> Eneida R. Rabelo da Silva, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, através do telefone 3359. O Comitê de Ética em Pesquisa também está disponível para esclarecimento de qualquer dúvida, no 2º andar do HCPA, sala 2227, ou através do telefone 33597640, das 8h às 17h, de segunda a sexta.

Por meio da assinatura deste documento, você autoriza a participação neste estudo. A assinatura será em duas vias ficando uma com o participante e outra com os pesquisadores.



Nome do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome do pesquisador: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## ANEXO A CARTA DE APROVAÇÃO DO CEP- HCPA

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE  
PORTO ALEGRE - HCPA /  
UFRGS



Continuação do Parecer: 829.187

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Projeto avaliado "ad referendum", por solicitação do pesquisador em razão do prazo para realização do mesmo.

Lembramos que a presente aprovação (versão projeto e TCLE de 30/09/2014 e demais documentos que atendem às solicitações do CEP) refere-se apenas aos aspectos éticos e metodológicos do projeto. Para que possa ser realizado o mesmo deve estar cadastrado no sistema WebGPPG em razão das questões logísticas e financeiras.

O projeto somente poderá ser iniciado após aprovação final da Comissão Científica, através do Sistema WebGPPG.

Qualquer alteração nestes documentos deverá ser encaminhada para avaliação do CEP. Informamos que obrigatoriamente a versão do TCLE a ser utilizada deverá corresponder na íntegra à versão vigente aprovada, incluindo a recomendação deste parecer.

A comunicação de eventos adversos classificados como sérios e inesperados, ocorridos com pacientes incluídos no centro HCPA, assim como os desvios de protocolo quando envolver diretamente estes pacientes, deverá ser realizada através do Sistema GEO (Gestão Estratégica Operacional) disponível na intranet do HCPA.