

Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente portador de insuficiência cardíaca: uma revisão de literatura

Systematization of nursing assistance to patients with cardiac insufficiency: a literature review

Thaís Lopes de Souza Costa¹

Rita Patrizzi Mendonça²

Edmar Jorge Feijó³

Carlos Wagner Freitas do Vale⁴

RESUMO

A insuficiência cardíaca congestiva (ICC) é considerada um problema de saúde pública mundial e nas últimas três décadas têm aumentado sua incidência e prevalência. De acordo com a literatura, não existe uma única causa para a ICC, mas sim fatores que aumentam a probabilidade de sua ocorrência tais como a dislipidemia, tabagismo, diabetes mellitus, sedentarismo e hereditariedade (ARAÚJO; NOBREGA; GARCIA, 2013). Entre as complicações clínicas associadas ao ICC, destaca-se o derrame pleural. Nestes casos, o indivíduo apresenta-se com os sinais e sintomas característicos da ICC, com dispneia progressiva, podendo evoluir até ortopneia e dispneia, nictúria, edema de membros inferiores (MMII), presença de terceira bulha cardíaca e estertores crepitantes à ausculta pulmonar. A abordagem deste estudo restringiu-se à sistematização da assistência de enfermagem (SAE), visto que o enfermeiro presta cuidados integrais e contínuos ao indivíduo, tornando-se relevante a utilização de um método que lhe permita dispensar assistência mais qualificada e organizada, com uma assistência individual a partir de uma visão holística e humanizada. Objetivo: Elaborar um plano de assistência de enfermagem, com auxílio do processo de enfermagem, a um paciente

¹ Discente do curso de enfermagem da UNIVERSO - Campus São Gonçalo. E-mail: thaiscosta.93@hotmail.com

^{2, 3, 4} Professores do curso de enfermagem da UNIVERSO - Campus São Gonçalo.

portador da ICC. Trata de uma revisão sistemática da literatura. A assistência de enfermagem ao paciente é essencial para recuperação e reabilitação mais rápida e com sequelas mínimas. A elaboração de um plano individualizado assiste às necessidades específicas do paciente e contribui para identificação de dificuldades na sistematização como a adequação do processo de enfermagem à realidade do momento. A SAE e o processo de enfermagem, quando aplicados de forma correta, beneficiam o paciente e auxiliam no dinamismo da equipe de enfermagem. O enfermeiro desempenha um papel fundamental tanto no diagnóstico precoce quanto no tratamento e evolução do paciente, participando ativamente no processo de integrar esse indivíduo para seu autocuidado. A sistematização da assistência de enfermagem contribui de forma elementar para que o paciente possa, dentre da sua evolução, retornar as suas funções cardíacas normais.

Palavras-chave: Insuficiência cardíaca congênita; Sistematização da Assistência de Enfermagem; Processo de Enfermagem

ABSTRACT

Congestive heart failure (CHF) is considered a global public health problem and in the last three decades has increased its incidence and prevalence. According to the literature, there is no single cause for CHF, but rather factors that increase the likelihood of its occurrence such as dyslipidemia, smoking, diabetes mellitus, sedentary lifestyle and heredity (ARAÚJO; NOBREGA; GARCIA, 2013). The clinical complications associated with CHF include pleural effusion. In these cases, the individual presents with characteristic signs and symptoms of CHF, with progressive dyspnea, and may progress to orthopnea and dyspnoea, tinnitus, lower limb edema (LMW), third cardiac noise and crackling rales to pulmonary auscultation. The approach of this study was restricted to the systematization of nursing care (SAE), since the nurse provides full and continuous care to the individual, making it relevant to use a method that allows him to provide more qualified and organized assistance, with a individual assistance from a holistic and humanized perspective. **Objective:** To prepare a nursing care plan, with the help of the nursing process, to a patient with CHF. This is a systematic review of the literature. Nursing care to the patient is essential for faster recovery and rehabilitation with minimal sequelae. The elaboration of an individualized plan assists the specific needs of the patient and contributes to the identification of difficulties in the systematization as the adequacy of the nursing process to the

reality of the moment. The SAE and the nursing process, when applied correctly, benefit the patient and assist in the dynamism of the nursing team. The nurse plays a fundamental role in both early diagnosis and treatment and evolution of the patient, actively participating in the process of intergrating this individual for self-care. The systematization of nursing care contributes in an elementary way so that the patient can, within its evolution, return to normal cardiac functions.

Key words: Congenital heart failure; Systematization of Nursing Assistance; Nursing Process.

INTRODUÇÃO

Historicamente existem diferentes significados em relação ao cuidado de enfermagem, por exemplo, Florence Nigthingale não definiu atenção ou cuidado em seu livro Notes of Nursing em 1859; Madeleine Leininger continua perguntando-se se Nightingale considerou como componente do cuidado: o conforto, a ajuda e a educação em saúde (HERNÁNDEZ et al., 2011). O cuidado como conceito deve ser entendido, já que os conceitos servem como base para análise e investigações 17 (MARRINER; RAILE, 2011) e, considerando também que o conceito de cuidar é citado com frequência para apoiar as práticas das enfermeiras (HERNÁNDEZ et al., 2011).

Tal cuidado, referido como fundamento básico da Enfermagem, está intrinsecamente ligado ao contato paciente-enfermeiro e requer, para isso, dedicação, planejamento, conhecimento, além de percepção, por parte do profissional, da singularidade de cada pessoa cuidada (SILVA et al., 2013). Compreende-se que o cuidado é um constructo amplo e complexo, sendo uma forma de estar-com, de perceber, relacionar-se e preocupar-se com outro ser humano em dados tempo e espaço compartilhados no face-a-face. Assim, esse cuidado é constituído e permeado por diferentes elementos, como a responsabilidade, as habilidades, as relações interpessoais, os saberes e conhecimentos instituídos, entre outros (SCHAURICH; CROSSETTI, 2008). O cuidado como processo sistêmico não representa somente uma ação pontual e unilateral, mas envolve um sentimento de pertença e de comunicação com o todo integrado, isto é, com o entorno social. O cuidado é desvelo, responsabilidade, atenção e cautela, conceitos que são atribuídos ao cuidado humano, representam atitude de ocupação, de preocupação, e de

envolvimento efetivo e afetivo com-o-outro (BOFF, 2001; BACKES; ERDMANN; BACKES, 2009; WALDOW, 2008).

O cuidado de enfermagem é, também, complexo e dinâmico, envolvendo um modo de ser pessoal e profissional, conhecimentos específicos e atitudes práticas que o caracterizam como parte da relação estabelecida entre o ser que cuida e o ser que é cuidado, e destes com o mundo vivido e experienciado por ambos no tempo e espaço compartilhados (SCHAURICH; CROSSETTI, 2008).

Nesse sentido, depreende-se que o cuidado de enfermagem consiste na essência da profissão e pertence a duas esferas distintas: uma objetiva, que se refere ao desenvolvimento de técnicas e procedimentos, e uma subjetiva, que se baseia em sensibilidade, criatividade e intuição para cuidar de outro ser (SOUZA et al., 2005).

Com o reconhecimento da subjetividade/objetividade no cuidar da enfermagem, torna-se relevante buscar ações/decisões, agregando ao habitual modelo biologista a subjetividade que também permeia o cuidado em enfermagem (FURTADO et al., 2010). Nesse contexto, cabe ressaltar que o cuidado prestado pelo enfermeiro não está presente apenas em ocasiões agudas de adoecimento, mas também atua em atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, as quais corroboram significativamente para o bem-estar dos seres humanos.

Segundo Maia et al. (2003), o cuidar, realizado pela enfermagem, pode ser entendido como um processo que envolve e desenvolve ações, atitudes e comportamentos que se fundamentam no conhecimento científico, técnico, pessoal, cultural, social, econômico, político e psico espiritual, buscando a promoção, manutenção e/ou recuperação da saúde, dignidade e totalidade humana.

Sendo assim, cabe salientar que o modelo de cuidado clínico pautado na perspectiva essencialmente biologista tem recebido duras críticas ao longo dos últimos anos, e mostra-se insuficiente para atender às necessidades de saúde e às demandas sociais da população. Nesse sentido, a revisão do papel e da importância da clínica para o desenvolvimento de uma atenção integral à saúde tem sido trabalho árduo e incessante de pesquisadores, profissionais de saúde e gestores envolvidos na luta por uma resignificação do modelo de produção de cuidados em

saúde no Brasil e no mundo.

Compreendendo a clínica como um arcabouço de conhecimentos que produz sustentação ao trabalho e promove novas sínteses e modos de atuar em saúde, a Enfermagem também tem buscado reinventar sua prática clínica. Busca, pois, constituir-se integral e resolutiva, centrada no sujeito, considerando sua singularidade e respeitando a autonomia da pessoa que necessita de cuidados, possibilitando a ampliação do conhecimento da dimensão assistencial do enfermeiro (MATUMOTO et al., 2011; SOUSA et al., 2011).

Nessa perspectiva, compreende-se cuidado clínico como práticas, intervenções e ações sistematizadas, de cuidado direto e indireto, desenvolvido pela equipe de enfermagem e voltado ao ser humano, individualizado e coletivo, fundamentado em evidências quantitativas e/ou qualitativas, com bases filosóficas, ética, estética, teórica, científica, técnica e política, considerando as manifestações ou respostas das pessoas ao seu processo de viver no continuum saúde-doença (REGIMENTO, 2011).

Dessa maneira, há que se considerar que o cuidado clínico de enfermagem é um encontro entre seres humanos que buscam tornarem-se mais por meio de suas relações de cuidar (SCHAURICH; CROSSETTI, 2008).

Quando este cuidado envolve uma mudança no estilo de vida e a não perspectiva de cura e cessação do problema em curto intervalo de tempo, como no caso de adoecimentos crônicos, em especial nos cardiovasculares, é exigido do enfermeiro mais empenho e paciência, pois o cuidador e a pessoa cuidada devem estabelecer uma relação de mútua confiança e empenho para restabelecimento da qualidade de vida (SILVA et al., 2013).

A interação enfermeiro-paciente é um dos fatores que favorece a ação terapêutica. Esse processo de interação ocorre por meio do diálogo, da conversa, da escuta sensível. Enfermeira e cliente comunicam-se primeiro em interação (KING; TALENTO, 2000). O cuidar, no contexto da IC, deve ter como princípio básico assistir ao cliente, buscando reduzir complicações, e, principalmente, proporcionar-lhe conforto, contando com o auxílio da família no desenvolvimento de habilidades e atitudes que proporcionem um cuidado efetivo. Assim, este tipo de cuidado envolve além do paciente, a família e a própria comunidade na qual

ele se insere, incluindo ações que ultrapassam o tratamento de doenças, como a prevenção de adoecimentos, promoção e reabilitação em saúde. A escolha do tema foi de acordo com a vivência que eu tive com um familiar, onde foi despertado a magnitude que essa doença tem se tornado nos últimos anos, como essa doença acomete não só pacientes idosos e o que mais me chamou a atenção foi o desconforto causado por tal doença e a falta de acolhimento de algumas emergências. A IC encontra-se atualmente como sendo uma das principais causas de óbitos ligadas a doenças coronarianas crônicas que mais afetam a população mundial, a IC provoca uma sensível perda da qualidade de vida, o paciente muitas das vezes se torna dependente e com isso a queda de estima, onde só piora o tratamento para tal paciente.

A escolha do tema justifica-se pela vivência que tive com um familiar, onde foi despertado a magnitude que essa doença tem se tornado nos últimos anos, como essa doença acomete não só pacientes idosos e o que mais me chamou a atenção foi o desconforto causado por tal doença e a falta de acolhimento de algumas emergências. A IC encontra-se atualmente como sendo uma das principais causas de óbitos ligadas a doenças coronarianas crônicas que mais afetam a população mundial, a IC provoca uma sensível perda da qualidade de vida, o paciente muitas das vezes se torna dependente e com isso a queda de estima, onde só piora o tratamento para tal paciente.

A relevância do presente estudo está na elevada prevalência (1-3% da população geral, 5-10% na faixa dos 65-79 anos e 10-20% em maiores de 80 anos), tendo aumentado nas últimas décadas devido ao envelhecimento populacional e à maior sobrevivência de indivíduos acometidos por certas doenças, como a cardiopatia isquêmica e a hipertensão arterial.

Assim sendo as questões de pesquisa que norteiam o presente estudo são: Quais as orientações dadas pelo enfermeiro ao paciente portador de Insuficiência Cardíaca? e Como o enfermeiro poderá instruir ao paciente para ter uma boa qualidade de vida? Para tanto objetivamos analisar e identificar as fragilidades do paciente portador de Insuficiência cardíaca relacionadas com os cuidados pós alta/ domiciliares.

ESTADO DA ARTE

Insuficiência Cardíaca Congestiva

Segundo BRUNNER e SUDDARTH (2005), a ICC é a incapacidade do coração de bombear sangue suficiente para satisfazer às necessidades de oxigênio e nutrição dos tecidos. Outros autores descrevem a ICC como resultado de uma síndrome como é o caso de (NETTINA, 2003): A insuficiência cardíaca é uma síndrome clínica que resulta do processo progressivo de remodelamento, no qual forças mecânicas e bioquímicas alteram o tamanho, o formato e a função da capacidade do ventrículo de bombear sangue oxigenado suficiente para atender às demandas metabólicas do corpo.

FIGUEIREDO (2003), ressalta que a expressão ICC tem sido habitualmente utilizada para se referir à falência do músculo cardíaco das câmaras direita e esquerda do coração. Como consequência temos dois tipos diferentes de ICC: insuficiência cardíaca esquerda (insuficiência ventricular esquerda) e insuficiência cardíaca direita (insuficiência ventricular direita). As principais causas da ICC são os distúrbios mecânicos do enchimento ventricular durante a diástole, que resultam em volume insuficiente de sangue disponível para o coração bombear e distúrbios hemodinâmicos sistólicos que limitam a função contrátil do coração (BOUNDY, 2004).

Além das causas que afetam o músculo miocárdio, a ICC também pode ser originada em decorrência de alguma condição que pode predispor o paciente a desenvolver a ICC. Podemos destacar: as arritmias, gravidez, tireotoxicose, embolia pulmonar, infecções, anemias, aumento da atividade física e estresse emocional.

Fisiopatologia

NETTINA (2003), aponta a fisiopatologia da ICC como sendo mecanismos compensatórios cardíacos (aumento da frequência cardíaca, vasoconstrição e aumento do coração) ocorrem para ajudar o coração insuficiente. Aponta também que: Estes mecanismos são capazes de compensar a incapacidade do coração em bombear efetivamente e manter o fluxo sanguíneo suficiente aos órgãos e tecidos em repouso. Os estressores fisiológicos que aumentam a carga de trabalho do coração (exercício, infecção) podem fazer com que esses mecanismos fracassem e precipitem a “síndrome clínica” associada ao coração insuficiente (pressões ventriculares/atriais elevadas, retenção de sódio e de água, diminuição do débito cardíaco, congestão circulatória e pulmonar.

Os mecanismos compensatórios podem acelerar o início da insuficiência porque aumentam a pós-carga e o trabalho cardíaco.

Manifestações Clínicas

As manifestações clínicas irão depender de cada tipo de insuficiência cardíaca. Elas são semelhantes e não auxiliam na diferenciação dos tipos. Conforme BRUNNER e SUDDARTH (2005), os sinais e sintomas de ICC são classificados como gerais, cardiovasculares, cerebrovasculares, gastrointestinais, renais e respiratórios.

As manifestações gerais incluem pele pálida e cianótica, edema gravitacional e tolerância diminuída à atividade.

Dentre os sinais e sintomas cardiovasculares destacam-se: impulso apical aumentado e deslocamento lateral esquerdo, terceiro batimento cardíaco, sopros, taquicardia, distensão venosa jugular aumentada.

O surgimento dos sintomas cerebrovasculares vem acompanhados de tonteira, vertigem e confusão.

As manifestações gastrointestinais envolvem náuseas, anorexia, fígado aumentado e pulsátil, ascite, teste hetapojugular aumentado.

Entre os sintomas renais destacam-se a frequência urinária diminuída durante o dia e noctúria.

As manifestações respiratórias ficam evidentes com sinais de dispneia aos esforços, ortopneia, dispneia paroxística noturna e estertores bilaterais que não desaparecem com a tosse.

Diagnóstico

O diagnóstico da ICC irá incluir a realização de uma anamnese meticulosa, um exame físico minucioso do sistema cardiorrespiratório, juntamente com exames radiológicos como a radiografia de tórax e o ecocardiograma (FIGUEIREDO, 2003).

Outros exames podem auxiliar na detecção da doença como o eletrocardiografia e monitoração da pressão arterial pulmonar.

Na anamnese o paciente queixa-se de falta de ar, dispneia que piora a noite, insônia, náuseas, sensação de plenitude abdominal. Além disso, ele queixa de tosse produtiva com escarro rosado

e espumoso.

No exame físico pode-se detectar edema de membros inferiores, cianose de lábios e de leitos ungueais, palidez cutânea, sudorese, edema periférico pendente e edema de sacro, além de distensão de veias jugulares. Pode haver ascite. A pele parece fria e úmida. A frequência do pulso é rápida e pode haver pulsos alternantes. Além disso, pode apresentar hepatomegalia e possível esplenomegalia. Na percussão do tórax apresenta macicez nas bases pulmonares devido a apresentarem cheios de líquido. Na ausculta dos pulmões manifesta estertores bolhosos nas duas bases pulmonares. Quando da presença de edema pulmonar, os estertores difusos pelo pulmão, seguidos de roncos e sibilos expiratórios (BOUNDY, 2004). BOUNDY (2004), descreve que as radiografias de tórax mostram acentuação das tramas vasculares pulmonares, edema intersticial ou derrame pleural e cardiomegalia. FIGUEIREDO (2003), relata ainda que o ecocardiograma como sendo o exame mais correto para a detecção da ICC: O ecocardiograma é o exame mais fiel na avaliação de mecânica do coração, uma vez vai determinar o percentual do volume ejetado na sístole e ainda avaliar a cinética das estruturas valvulares, tendinosas e câmaras cardíacas. NETTINA (2003), informa com os achados no eletrocardiograma (em repouso e em exercício) pode mostrar hipertrofia ventricular esquerda e isquemia. BOUNDY (2004), destaca a monitoração da pressão arterial pulmonar como um importante achado diagnóstico: A monitoração da pressão arterial pulmonar geralmente mostra elevação da pressão arterial pulmonar em cunha; aumento da pressão tele diastólica do ventrículo esquerdo nos clientes com insuficiência cardíaca esquerda; e elevação da pressão venosa central ou atrial direita nos clientes com insuficiência cardíaca direita .

METODOLOGIA

Trata de uma revisão sistemática da literatura. A citação das principais conclusões a que outros autores chegaram permite salientar a contribuição da pesquisa realizada, demonstrar contradições ou reafirmar comportamentos e atitudes - tanto a confirmação, em dada comunidade, de resultados obtidos em outra sociedade quanto a enumeração das discrepâncias são de grande importância. (Lakatos e Marconi, 2003)

A abordagem designada para esta pesquisa foi qualitativa, uma vez que esta surge diante da impossibilidade de investigar e compreender, por meio de dados estatísticos, alguns fenômenos voltados para a percepção, a intuição e a subjetividade. Está direcionada para a investigação dos significados das relações humanas, em que suas ações são influenciadas pelas emoções e/ ou sentimentos aflorados diante das situações vivenciadas no dia-a-dia (MINAYO, 2011).

Foi feito um levantamento bibliográfico, em conteúdo publicado em livros, teses, revistas científicas eletrônicas, isto é, material disponível ao público e que fornece um instrumento analítico para qualquer tipo de pesquisa.

A pesquisa bibliográfica é um apanhado geral sobre os principais trabalhos já realizados, revestidos de importância, por serem capazes de fornecer dados atuais e relevantes relacionados com o tema. O estudo da literatura pertinente pode ajudar a planificação do trabalho, evitar publicações e certos erros, e representa uma fonte indispensável de informações, podendo até orientar as indagações.

Foram utilizados como base de dados de busca, os bancos de dados LILACS, BDEN. Para execução do mesmo, foram utilizados os descritores Enfermagem; insuficiência cardíaca, como o enfermeiro poderá instruir ao paciente portador da insuficiência cardíaca para ter uma qualidade de vida. Após a coleta dos dados, realizada de acordo com os procedimentos indicados, eles foram elaborados e classificados de forma sistemática. Antes da análise e interpretação, os dados devem seguir os seguintes passos: seleção, codificação, tabulação.

Foi realizada a pesquisa com 12 artigos na base de dados da LILAS, SCIELO, MEDLINE e Revistas Científicas no período de julho a dezembro de 2017.

Os critérios de inclusão e exclusão de artigos/produções científicas foram: Inclusão: artigos com textos completos disponíveis online, pesquisas em hospitais universitários. Exclusão: editoriais, manuscritos.

RESULTADOS

Realizamos levantamento bibliográfico na Scielo, Lilacs e Medline, onde foram consultados artigos científicos em português e inglês publicados em periódicos indexados que depois de lidos, foram separados e analisados de forma a atender o assunto abordado.

Para melhor visualização dos dados coletados da presente pesquisa, inicialmente procurou-se

apresentá-los em forma de figuras e tabelas para, desta forma, organizar e facilitar a interpretação dos resultados.

Quadro 1: Principais resultados.

| <p>Autor (es), Data & País Título do artigo, qualificação dos autores e Estado de origem dos autores.</p> | <p>Propósito (objetivo)</p> | <p>Tamanho da amostra Característica, cenário</p> | <p>Desenho da Pesquisa & Instrumentos</p> | <p>Principais achados</p> | <p>Conclusões do(s) autor(es)</p> |
|---|--|---|---|---|--|
| <p>Artigo S1 Insuficiência cardíaca COWIE, 2009</p> | <p>Aprimorar o conhecimento sobre insuficiência cardíaca, conhecer melhor sua fisiopatologia, sua história natural, para ter novas opções terapêuticas que permitem modificar sua evolução</p> | <p>Trata de uma revisão sistemática da literatura. A citação das principais conclusões a que outros autores chegaram permite salientar a contribuição da pesquisa realizada, demonstrar contradições ou reafirmar comportamentos e atitudes - tanto a confirmação, em dada comunidade, de resultados obtidos em outra</p> | <p>Foi feito um levantamento bibliográfico, em conteúdo publicado em livros, teses, revistas científicas eletrônicas, isto é, material disponível ao público e que fornece um instrumento analítico para qualquer tipo de pesquisa.</p> | <p>A insuficiência cardíaca apresenta elevada incidência e prevalência em todo mundo.</p> | <p>A insuficiência cardíaca é causa frequente de internação e carrega consigo elevado risco de reinternação e mortalidade.</p> |

| | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|
| | | sociedade quanto a enumeração das discrepâncias são de grande importância . | | | |
| <p>Artigo S2 Anatofisiologia cardíaca.</p> <p>GOMES, 2011</p> | <p>Conhecer as divisões e funções do Sistema Circulatório , descrever a estrutura do coração e dos grandes vasos da base, estrutura das artérias, veias e capilares, ciclo cardíaco e distinguir os Circuitos Pulmonar e Sistêmico. Descrever a circulação linfática.</p> | <p>Foi utilizado uma pesquisa explorativa seletiva , por meio de matérias publicadas em livros e revistas.</p> | <p>Estudo explorativo-descriptivo com abordagem qualitativa de investigação</p> | <p>O coração se encontra disposto obliquamente, sendo a base medial e o ápice lateral; é recoberto pelo pericárdio que durante a diástole limita sua expansão.</p> | <p>O bombeamento do coração é realizado, a partir do relaxamento e contração das paredes musculares. O relaxamento do coração é a fase da diástole, onde os quatro compartimentos se relaxam, permitindo que os ventrículos se encham; já a sístole é caracterizada pela contração dos átrios e ventrículos.</p> |
| <p>Artigo S3 Cuidado clínico de enfermagem</p> <p>VIEIRA; SILVEIRA, 2011</p> | <p>Permeando esses momentos históricos de construção e reconstrução da</p> | <p>Foi utilizado revisão de literatura em busca de artigos científicos , através de base de</p> | <p>Foi realizada uma revisão integrativa com o objetivo de identificar o cuidado clínico de enfermagem</p> | <p>O cuidado e a prática clínica da enfermagem foram delineados em vários contextos por um a</p> | <p>O cuidar em enfermagem é um constructo articulado à realidade da assistência, que surge, incorporando concepções</p> |

| | | | | | |
|---|---|---|--|---|--|
| | <p>profissão Enfermagem, ainda se depara com uma concepção de clínica e de cuidado, amparada nos conceitos de saúde e doença construídos a partir de uma visão estruturalista e funcionalista dos corpos, das vidas e dos próprios sujeitos</p> | <p>dados da internet, usando o google acadêmico e nas referências dos artigos encontrados.</p> | <p>aos pacientes portadores da icc.</p> | <p>priori histórico corresponde, estando atrelados às formas como os homens se organizaram para viver em sociedade, desde a antiguidade até os dias atuais.</p> | <p>esquecidas voltadas ao zelo, à preocupação, a medida que a profissão re-pensa e reformula os seus conceitos, num caminho evolutivo de construção e/ou re-visão do seu fazer</p> |
| <p>Artigo S4 Cuidado domiciliar e família como rede de apoio ao paciente portador da icc. SANTOS; KIRSCHBAUM, 2008</p> | <p>O uso do domicílio como espaço de atenção procurou racionalizar a utilização dos leitos hospitalares, reduzir os custos da assistência e estabelecer uma lógica de cuidado sustentado na humanização</p> | <p>Foi utilizado uma revisão da literatura nas bases de dados HEDLINE, LILACS, NCBI, CAPES, SCIELO, GOOGLE SCHOLER, e COHRANE em ênfase no últimos 10 anos, nos idiomas inglês e português.</p> | <p>Estudo explorativo-descritivo com abordagem qualitativa de investigação</p> | <p>Por possuir condição de adoecimento crônico, os pacientes com IC devem possuir uma rede de apoio, tanto com os serviços de saúde, como com a família e a comunidade, que lhes permitam seu bem-estar</p> | <p>A utilização do domicílio como espaço de cuidado à saúde expandiu mundialmente a partir da segunda metade do século XX, como espaço de cuidado que responde ao aumento dos custos com os atendimentos hospitalares e a indisponibilidade dos serviços de saúde para atender à demanda da população, especialmente</p> |

| | | | | | |
|--|---|--|--|---|--|
| | | | | | frente ao envelhecimento e incremento da carga de doenças crônicas. |
| <p>Artigo S5 Cuidado de Conforto DANTAS, 2010</p> | <p>O conforto pode assumir o significado de ato de confortar a si e de confortar o outro. É um estado de prazer e bem-estar</p> | <p>Foi utilizado uma pesquisa explorativa seletiva, por meio de matérias publicadas em livros e revistas</p> | <p>Foi realizado uma revisão integrativa com o objetivo de cuidado de conforto para o paciente portador da ICC.</p> | <p>O cuidado é desvelo, responsabilidade, atenção e cautela, conceitos que são atribuídos ao cuidado humano, representam atitude de ocupação, de preocupação e de envolvimento efetivo e afetivo com o outro.</p> | <p>O cuidado como processo sistêmico não representa somente uma ação pontual e unilateral, mas envolve um sentimento de pertença e de comunicação com o todo integrado, isto é, com o entorno social</p> |
| <p>Artigo S6 Tratamento da insuficiência cardíaca Santos I de S, Bittencourt MS. Heart failure. Rev Med (São Paulo). 2008 out.-dez.</p> | <p>Consiste em alcançar e manter a estabilidade clínica dos pacientes.</p> | <p>Foi utilizado revisão de literatura em busca de artigos científicos, através de base de dados da internet, usando o google acadêmico e nas referências dos artigos encontrados.</p> | <p>Os dados foram coletados através de um questionário semi-estruturado adaptado. Em um município do Leste de Minas Gerais</p> | <p>O tipo de tratamento a ser indicado deverá ser individualizado para cada paciente e dependerá de alguns fatores como: A causa da insuficiência cardíaca, os sintomas e complicações clínicas</p> | <p>O tratamento medicamentoso avançou muito nos últimos anos, e têm possibilitado diminuição dos sintomas, aumento da sobrevida e da qualidade de vida dos pacientes.</p> |

| | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|
| | | | | apresentado s pelo paciente e o estágio da doença. | |
| <p>Artigo S7 O exercício na insuficiência cardíaca</p> <p>KOLCABA, 2012</p> | <p>A atividade física regular induz várias adaptações morfofuncionais nos pacientes com ICC.</p> | <p>Foi utilizado uma revisão da literatura , estudos publicados nos últimos cinco anos (2012-2017), pesquisas originais , estar circunscrito a temática abordada e o presente texto completo.</p> | <p>O estudo mostrou um maior número de publicação a respeito desse tema nos anos de 2012 e 2013, e as regiões Nordeste e Sul são as mais preocupadas em estudar esta temática.</p> | <p>O principal benefício da atividade física na insuficiência cardíaca é a diminuição dos sintomas, principalmente o cansaço e a falta de ar, que o indivíduo sente ao fazer suas atividades diárias</p> | <p>O exercício físico pode ser uma contraindicação para alguns pacientes com insuficiência cardíaca.</p> |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| <p>Artigo S8 Qualidade de vida de portadores de insuficiência cardíaca.</p> <p>ANTUNES, M. J. M , 2010</p> | <p>Identificar o nível de qualidade de vida de portadores de insuficiência a cardíaca; o grau de insuficiência a cardíaca dos pacientes; a opinião dos portadores de insuficiência a cardíaca quanto ao seu estado de saúde atual quanto comparada há um ano atrás.</p> | <p>E um estudo de pesquisa de questionário que permite construção desses indicadores</p> | <p>A amostra foi composta por 30 portadores de insuficiência cardíaca atendidos em ambulatório de um hospital geral e público do município de Taboão da Serra - SP. Para a coleta de dados foi utilizado o Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey (SF-36).</p> | <p>Com os resultados desse estudo foi possível concluir que: os aspectos físicos e emocionais constituiram dimensões de maior impacto na vida dos portadores de IC que participaram deste estudo.</p> | <p>Esse estudo pode contribuir para a melhora da assistência de enfermagem prestada a portadores de insuficiência cardíaca na medida em que ressalta as limitações vivenciadas por esses indivíduos, bem como o impacto dessas limitações em seu padrão de vida normal.</p> |
| <p>Artigo S9 Sintomas depressivos e hospitalizações por insuficiência cardíaca.</p> <p>ALMEIDA, 2013</p> | <p>Avaliar prevalência, preditores e correlação da gravidade dos sintomas depressivos e a mortalidade em hospitalizaç</p> | <p>Foi utilizado revisão de literatura em busca de artigos científicos , através de base de dados da internet , usando o google</p> | <p>Estudo prospectivo que analisou hospitalizações consecutivas por IC. Foram analisados dados sociodemográficos, clínicos e o</p> | <p>Foram avaliados 103 pacientes, sendo 63,1% mulheres, 50,5% casados e alfabetizados 73,8%. O total de 75,2%</p> | <p>Os sintomas depressivos são comuns em hospitalizações por IC. A prevalência varia conforme características clínicas dos pacientes. Os preditores foram sexo, estado civil, modo de vida e</p> |

| | | | | | |
|--|---|---|--|---|--|
| | ões por insuficiência cardíaca. | acadêmico e nas referências dos artigos encontrados .sociodemográficos, clínicos e o desfecho considerado foi óbito. Na análise dos SD foi utilizado o Inventário de Depressão de Beck. | desfecho considerado foi óbito. | estava em classe funcional II e III de <i>New York Heart Association</i> (NYHA). | etiologia da IC. A mortalidade relacionouse a sintomas depressivos moderados e graves. |
| <p>Artigo S10 Perfil dos Pacientes Internados por Insuficiência Cardíaca</p> <p>SUDDARTH (2005)</p> | Identificar e comparar o perfil clínico-epidemiológico e o tratamento instituído entre os pacientes sobreviventes e não sobreviventes internados com insuficiência cardíaca aos dados da literatura internacional | Como o estudo foi retrospectivo, os dados demográficos foram coletados mediante pesquisa no sistema Micromed. | Estudo transversal, retrospectivo, de 816 pacientes com insuficiência cardíaca que sobreviveram ou não à internação. Foram registradas características clínicas, epidemiológicas, dados laboratoriais, ecocardiográficos e o tratamento instituído | A insuficiência cardíaca é uma doença de alta prevalência, responsável por grande número de hospitalizações e altas taxas de mortalidade em nosso país. O tratamento instituído tem influência nos índices de mortalidade e na qualidade de vida dos pacientes. | A mortalidade intra-hospitalar foi elevada quando comparada à média internacional, mas foi semelhante a de outros serviços de referência brasileiros. Vários indicadores de maior gravidade foram observados no grupo não sobrevivente |

DISCUSSÃO

Categoria 1

Insuficiência cardíaca

As doenças crônicas, dentre elas a IC, continuam a se configurar como problema de saúde pública, em razão de seus altos índices e necessidade de acompanhamento contínuo nos serviços de saúde, acarretando custo elevado e 30 crescente prevalência nos países desenvolvidos e em desenvolvimento (JORGE et al., 2011).

A IC é uma síndrome clínica complexa de caráter sistêmico, caracterizada por alta mortalidade, baixa qualidade de vida e complexo regime terapêutico que resulta da alteração estrutural ou funcional do coração, o que limita, no mesmo, a capacidade para encher e bombear sangue durante o ciclo cardíaco (LINDENFELD et al, 2010). São sintomas típicos da IC a dispneia, a fadiga e o edema. Estes acabam por limitar a tolerância ao exercício e gerar retenção de fluidos, estando associados assim, à piora da capacidade funcional dos pacientes (ROCHA et al., 2006; BOCCHI et al., 2009).

A IC é a via final comum da maioria das doenças que acometem o coração, sendo um dos mais importantes desafios clínicos atuais na área da saúde. Trata-se de um problema epidêmico em progressão (COWIE, 2009). Tem apresentado um aumento de sua prevalência, com alta morbidade – 83% dos pacientes apresentando pelo menos uma internação e 43% com pelo menos quatro internações após seu diagnóstico. (BOCCHI et al., 2012; ROGER et al., 2012). Após a alta hospitalar, cerca de 50% dos pacientes se reinternam num período de até seis meses (GAUI; KLEIN; OLIVEIRA, 2010).

No último censo (2010), observou-se crescimento da população idosa no Brasil, o que representa uma alta probabilidade de crescimento de pacientes em risco ou portadores de IC (BOCCHI et al., 2012).

Dados do IBGE (2009) mostram que há no Brasil cerca de dois milhões de pessoas com IC, sendo diagnosticados 240 mil casos por ano. Dados referentes ao Sistema Único de Saúde (SUS), que responde por 80% do atendimento médico da população brasileira, mostram que as doenças cardiovasculares são a terceira causa de internação, sendo a IC a causa mais frequente entre as

doenças cardiovasculares após os 60 anos (SCHMIDT et al., 2011). No ano de 2010, a IC foi responsável por 2,3% das hospitalizações e por 5,8% dos óbitos registrados pelo SUS, contribuindo com 3% do consumo total de recursos desse sistema (DATASUS, 2010).

A IC crônica tem sido classicamente categorizada com base na intensidade de sintomas em 4 classes propostas pela New York Heart Association. Estas classes estratificam o grau de limitação imposto pela doença para atividades cotidianas do indivíduo; vale dizer, portanto, que esta classificação além de possuir caráter funcional, é também uma maneira de avaliar a qualidade de vida do paciente frente a sua doença (BOCCHI et al., 2009). As quatro classes propostas são: Classe I - ausência de sintomas (dispneia) durante atividades cotidianas. A limitação para esforços é semelhante à esperada em indivíduos normais; Classe II - sintomas desencadeados por atividades cotidianas; Classe III - sintomas desencadeados em atividades menos intensas que as cotidianas ou pequenos esforços; Classe IV - sintomas em repouso.

Vale notar que esta categorização tem como base de referência para sua gradação as atividades cotidianas, que são variáveis de um indivíduo para outro, o que confere subjetividade a esta medida. Além do valor prognóstico da classe funcional aferida em avaliação inicial de pacientes, sua determinação serve para avaliar resposta terapêutica e contribuir para a determinação do melhor momento para intervenções (BOCCHI et al., 2009).

Evidências recentes indicam que a IC é uma condição comum, de alto custo, progressiva, que se inicia com a presença de fatores de risco, seguida de mudanças assintomáticas na função e na estrutura cardíaca e, então, aparecimento dos sinais e sintomas, incapacidade e morte (JORGE et al., 2011).

A IC geralmente não progride de forma lenta, ao contrário, segue uma série de etapas abruptas de piora, que evoluem até a descompensação aguda. Entretanto, quando as condições precipitantes são controladas e o tratamento é intensificado, os pacientes podem permanecer estáveis por meses ou anos (BOCCHI et al., 2009).

A investigação dos fatores clínicos e estilo de vida associados com a descompensação dos pacientes com IC tem sido cada vez mais estudados. Dada a magnitude do problema, é fundamental conhecer os fatores precipitantes da exacerbação da IC, especialmente se forem preveníveis (FEIJÓ, 2012).

Alguns fatores que contribuem para essas elevadas reinternações por descompensação da IC

estão relacionados ao pouco conhecimento dos pacientes sobre a doença e tratamento, à incapacidade para reconhecer sinais de piora, à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, à idade avançada e ao suporte social inadequado ou isolamento social (VAN DER WAL; JAARSMA; VAN VELDHUISEN, 2005).

Os sinais e sintomas da IC implicam em limitações e dificuldades para os indivíduos que convivem com as alterações e as restrições impostas pela doença no cotidiano, isto influi na deterioração da qualidade de vida e das funções pessoal e social, levando, também, à perda progressiva da capacidade de se cuidar, o que requer do enfermeiro preparo para realizar um cuidado que atenda não apenas as necessidades biológicas dessas pessoas, mas também as suas necessidades psicossociais ajudando-os a superar limitações e a criar estratégias de enfrentamento da doença (SOARES et al., 2008).

O tratamento do paciente com IC consiste em passos não farmacológicos (dieta, exercício, controle do estresse, entre outros), terapia medicamentosa e, em alguns casos, cirurgia. Além disso, possui objetivos a curto e a longo prazo. A curto prazo o objetivo é melhorar a hemodinâmica e aliviar os sintomas, a longo prazo, é melhorar a qualidade de vida e prolongar a sobrevida do paciente (BOCCHI et al., 2009).

A despeito do avanço terapêutico aos pacientes com IC e independente dos fatores individuais que contribuem para as readmissões, sabe-se que as taxas permanecem altas mundialmente, o que faz com que se busquem novas alternativas permeando cada vez mais o contexto preventivo (FEIJÓ, 2012). Com o avanço no entendimento da fisiopatologia da IC e principalmente com o reconhecimento de que muitos fatores precipitantes são preveníveis, surgiram em meados da década de noventa, os programas de manejo da IC conduzidos por equipe multidisciplinares. A estratégia dessa abordagem consiste em aperfeiçoar as habilidades para o autocuidado de pacientes e familiares, no que envolve o processo de educação e do complexo tratamento para a IC (RIEGEL et al., 2009). Resultados de revisões sistemáticas indicam que a estratégia multidisciplinar, quando envolve acompanhamento por equipe especializada, reduz hospitalizações por IC e mortalidade (MCALISTER et al., 2004; CHEN et al., 2012).

Outra estratégia já comprovada foi o acompanhamento através de monitoração por telefone e de visita domiciliária de forma intensiva e sistemática (SAUER et al., 2010). Um ensaio clínico controlado realizado para avaliar a efetividade de um programa educativo de enfermagem

(encontros educativos, visitas domiciliares, tele-enfermagem e cartilha impressa) no melhoramento dos comportamentos de autocuidado em pacientes com IC, mostrou que a intervenção 33 educativa de enfermagem estudada teve efeito benéfico sobre tais comportamentos (RODRÍGUEZ-GÁZQUEZ; ARREDONDO-HOLGUÍN; HERRERA-CORTÉS, 2012).

Outro estudo que objetivou verificar o efeito de uma intervenção educativa de enfermagem combinada, caracterizada por visita domiciliar e contato telefônico, em pacientes com internação recente por IC descompensada, no conhecimento da doença, nas habilidades para o autocuidado e na adesão ao tratamento, comparado ao acompanhamento convencional de pacientes no período de seis meses, mostrou melhora significativa no conhecimento e autocuidado, e maior adesão ao tratamento para o grupo-intervenção (MUSSI et al., 2013).

Contudo, o quantitativo do número de readmissões e hospitalizações por descompensação é ainda motivo de preocupação constante. Diante disto, torna-se imprescindível maior atuação do enfermeiro no sentido de acompanhar o paciente, proporcionando-lhe oportunidade de conhecer melhor sua morbidade, aprendendo a viver de acordo com sua nova condição de saúde de maneira confortável.

Categoria 2

Anatofisiologia Cardíaca

O coração é um órgão muscular, oco, que funciona como uma bomba contrátilpropulsora, compreende quatro cavidades: átrios direito e esquerdo e ventrículos direito e esquerdo. Localiza-se na cavidade torácica, ocupando o espaço entre os pulmões e repousa sobre o diafragma. O coração se encontra disposto obliquamente, sendo a base medial e o ápice lateral; é recoberto pelo pericárdio que durante a diástole limita sua expansão (GOMES, 2005, p.48). O bombeamento do coração é realizado, a partir do relaxamento e contração das paredes musculares. O relaxamento do coração é a fase da diástole, onde os quatro compartimentos se relaxam, permitindo que os ventrículos se encham; já a sístole é caracterizada pela contração dos átrios e ventrículos. (SMELTZER et al., 2011, p. 685). Com relação a espessura das paredes dos átrios e ventrículos, as mesmas são relacionadas com a carga de trabalho realizada. O

coração possui valvas que evitam o refluxo de sangue em diferentes momentos do ciclo cardíaco: valva tricúspide, mitral, semilunares da aorta e pulmonar. O sistema de condução é representado pelo nó sinoatrial, feixes de condução atrial, nó atrioventricular, feixe atrioventricular com seus ramos e fibras de Purkinje (GOMES, 2005, p.50).

Categoria 3

Cuidado clínico de enfermagem

O cuidado e a prática clínica da enfermagem foram delineados em vários contextos por um a priori histórico correspondente, estando atrelados às formas como os homens se organizaram para viver em sociedade, desde a antiguidade até os dias atuais. Essas práticas foram modeladas por racionalidades externas (o contexto socioeconômico, a ciência moderna e seus princípios, e o modelo vocacional, entre outros) que objetivaram o fazer da enfermagem em um modo de ser enfermeiro a ser reproduzido pelos seus agentes (VIEIRA; SILVEIRA, 2011).

Estes dois termos – cuidado e clínica, tanto quando utilizados juntos, como quando separados, são passíveis de diversas interpretações, as quais são influenciadas pelo contexto histórico e político que permeiam a prática dos serviços e profissionais de saúde.

Permeando esses momentos históricos de construção e reconstrução da profissão Enfermagem, ainda se depara com uma concepção de clínica e de cuidado, amparada nos conceitos de saúde e doença construídos a partir de uma visão estruturalista e funcionalista dos corpos, das vidas e dos próprios sujeitos (VIEIRA; SILVEIRA, 2011).

A clínica, enquanto espaço de atenção à doença, manifesta-se em um corpo que apresentou alguma disfunção, desajuste ou incapacidade para produzir ou conviver socialmente dentro de determinados padrões, normas e condutas. Da mesma forma, o cuidado de enfermagem assumiu perspectivas alicerçadas no pensamento científico moderno, de cunho intervencionista influenciada pelas políticas e programas governamentais verticalizados e impositivos dos modos de pensar e de viver, conforme interesses alheios aos próprios sujeitos (VIEIRA; SILVEIRA, 2011).

Estas concepções nos remonta ao modelo biomédico, ainda vigente, mas que não condiz com

as necessidades de saúde dos indivíduos, pois é distante, verticalizado, promove a fragmentação do saber e divisão do conhecimento ao valorizar mais a parte que o todo, e não permite que a subjetividade e individualidade do sujeito sejam considerados no processo terapêutico.

Embora existam diversos significados ou conotações da prestação de cuidados de enfermagem, é possível encontrar convergências com relação à identificação de duas dimensões do cuidar: uma dimensão técnico-científica (relacionada com os processos e procedimentos) e uma dimensão emocional (relacionada com a interação entre os seres humanos) (MAYA, 2011). Colliere (1999) integra estas duas dimensões ao afirmar que cuidar é acima de tudo um ato de vida, no sentido de que a prestação de cuidados representa uma variedade infinita de atividades que visam manter e preservar a vida, permitindo que tal continue e se reproduza.

Com a incorporação de conhecimento técnico, tecnológico, ético e legal, e tendo como fundamentação a ciência tradicional, com predomínio do modelo biomédico, a dimensão técnico-científica experimentou maior valorização em detrimento da dimensão emocional do cuidado. Contudo, assim sendo, a enfermagem não apresenta possibilidade de crescimento/renovação, além do já alcançado/previsto, pois foge de sua essência. Para ir além, necessita incorporar uma nova atitude, encontrando no ser humano o estímulo para o seu reencontro. Assim, num processo coletivo de valorização do seu agir, os enfermeiros percebem a sua essência – o cuidado humano. E passam a buscar expressar em seu cotidiano esse cuidar ético e estético, real e visível (CRIVARO; ALMEIDA; SOUZA, 2007).

Este é um processo ainda em fase de construção. Muitas definições de cuidado, clínica e cuidado clínico são belíssimos, mas ainda continuam na teoria. A aplicabilidade destes na prática não é fácil, pois perpassa por problemas estruturais dos serviços de saúde e demandam tempo e esforço para serem internalizados e praticados pelos profissionais. Sendo assim, o cuidar em enfermagem é um constructo articulado à realidade da assistência, que surge, incorporando concepções esquecidas voltadas ao zelo, à preocupação, a medida que a profissão re-pensa e reformula os seus conceitos, num caminhar evolutivo de construção e/ou revisão do seu fazer (CRIVARO; ALMEIDA; SOUZA, 2007).

A Enfermagem tem passado por profundas mudanças, buscando uma outra maneira de cuidar. Para tanto, procura se afastar do assistencialismo e vislumbra um novo horizonte repleto de possibilidades, como, por exemplo, o cuidar que preserva o indivíduo na sua singularidade,

integralidade e seu contexto de vida, favorecendo o olhar holístico e possibilitando uma relação de diálogo e confiança. Para dar forma a esse modo de ser-agir, retoma aspectos intrínsecos ao ser humano e à enfermagem, como a solicitude, a sensibilidade, o contato, a relação terapêutica, re-criando seus contornos com o traço marcante do artista que se redescobre (CRIVARO; ALMEIDA; SOUZA, 2007; MELEIS, 2012).

Voltando a clínica, há diversas concepções sobre o seu significado. Como regra, a clínica ainda se manifesta atrelada à doença e ao procedimento no espaço hospitalar (VIEIRA; SILVEIRA, 2011).

Segundo Benevides de Barros (2002), historicamente, a clínica tem se constituído como um modelo médico de “inclinarse sobre o paciente”, na maioria das vezes num modelo de atendimento individual.

Mas o sentido da clínica não se reduz a esse movimento do inclinar-se sobre o leito do doente, como mostra a seguinte análise proposta a partir do sentido 29 etimológico das palavras - derivada do grego *klinikos* (“que concerne ao leito”; de *klíne*, “leito, repouso”; de *klíno* “inclinarse, dobrar”). Mais do que essa atitude de acolhimento de quem demanda tratamento, entendemos o ato clínico como a produção de um desvio (*clinamen*), na acepção que dá a essa palavra a filosofia atomista que Epicuro descreveu. Esse conceito da filosofia grega designa o desvio que permite aos átomos, ao caírem no vazio em virtude de seu peso e de sua velocidade, se chocarem articulando-se na composição das coisas. Essa cosmogonia epicurista atribui a esses pequenos movimentos de desvio a potência de geração do mundo. É na afirmação desse desvio, do *clinamen*, portanto, que a clínica se faz (PASSOS; BARROS, 2001).

Considerando isto, tem-se a clínica como um movimento de construção contínua que depende da participação de duas partes em constante troca.

A clínica ampliada apresenta-se como ferramenta para que os processos de trabalho em saúde se voltem para a produção do cuidado centrado nos sujeitos, incluindo, além da doença, o sujeito em seu contexto e o âmbito coletivo. São ampliados o objeto de atenção, os meios e as finalidades. Visa a cura e o alívio do sofrimento, bem como o desenvolvimento de autonomia das pessoas para lidarem com seus problemas e condições concretas de vida, através do uso predominante de tecnologias leves e da construção dialogada entre equipe de saúde, usuário e sua família (CAMPOS, 2006; JUNGES et al., 2009).

Considerando o exposto, o cuidado clínico de enfermagem, mesmo que ainda muito utilizado apenas teoricamente, é aquele que aproxima o enfermeiro do sujeito cuidado numa relação de troca e crescimento mútuo; vai além de procedimentos técnicos, busca o bem estar do outro mesmo que fisicamente não o seja possível; busca o conforto e não a cura; é um cuidar que não desampara mesmo que não culmine no restabelecimento da saúde do outro; um cuidar que objetiva humanidade e conforto até no momento da morte.

Categoria 4

Qualidade de vida de portadores de insuficiência cardíaca.

As doenças crônicas, em especial as doenças cardiovasculares, têm recebido maior atenção dos profissionais de saúde nas últimas décadas, devido à alta morbimortalidade. O Departamento de Informática e Informação do Sistema Único de Saúde notificou, no mês de janeiro de 2006, o total de 186521 casos de hospitalizações com diagnóstico de insuficiência cardíaca (IC) no Estado de São Paulo.

O avanço terapêutico e tecnológico em saúde fez com que a sobrevida de portadores de doenças crônicas aumentasse consideravelmente, sendo assim, a avaliação da qualidade de vida (QV), relacionada à saúde (Health Related Quality of Life – HROQL) tornou-se de fundamental importância nos últimos tempos.

Segundo a literatura atual, por se tratar de algo complexo, que envolve conceitos multidimensionais, que relacionam aspectos físicos, psicológicos e espirituais do indivíduo, não há definição consensual de QV. Atualmente a QV pode ser definida de duas maneiras - de forma genérica ou relacionada à saúde. De maneira geral, a definição mais difundida atualmente é a da Organização Mundial da Saúde que a define como a percepção que o indivíduo tem da sua vida, considerando seu contexto cultural, seus valores e seus sentimentos, expectativas e necessidades. Esse conceito engloba dimensões amplas, como o bem-estar físico, mental e social, e a relação desses aspectos com o ambiente em que vive. De acordo com esse conceito, ter QV significa não apenas que o indivíduo tenha saúde física e mental, mas que esteja bem consigo, com a vida e com as pessoas com quem convive, capaz de reagir de forma satisfatória frente aos

problemas e ter controle sobre os acontecimentos do cotidiano. A conceituação de QV relacionada à saúde (HRQOL) agrega e relaciona os aspectos envolvidos na definição genérica, com a questão da doença e das intervenções em saúde.

O conceito de HROQL é mais amplo que a definição de QV apresentada pela OMS, pois inclui dentro da percepção de saúde física e mental, outros aspectos como, por exemplo, a capacidade funcional, os aspectos físicos, sociais e econômicos e outros aspectos relacionados ao processo saúde-doença.

A HROQL pode ser avaliada de forma individual ou de forma coletiva. Ao avaliar a HROQL de um indivíduo deve-se considerar a relação da saúde física, mental e social com os seguintes fatores: riscos e condições de saúde, exposição à doença, predisposição genética, estado funcional, suporte social e condição socioeconômica. Ao avaliar a HROQL de uma comunidade deve-se considerar os recursos, as condições, as políticas e as práticas que podem influenciar a percepção de saúde e a capacidade funcional da população.

Com base na produção de conhecimento sobre HRQOL, é possível concluir que a temática constitui uma variável importante na prática clínica. Observa-se que os estudos nessa área estão aumentando consideravelmente, com o objetivo de mensurar a QV em pacientes portadores de diferentes doenças e submetidos a diversos tratamentos contribuindo para o aprimoramento de sua definição e avaliação.

Em geral, os portadores de problemas cardíacos sofrem modificação em seu padrão de vida normal, em virtude da incapacidade para executar determinadas tarefas cotidianas, decorrente dos sinais e sintomas da IC (dor ou desconforto precordial, dispneia, ortopneia, palpitação, síncope, fadiga e edema). Em um estudo foi descrita a dificuldade desses indivíduos em conviver com as alterações que a doença cardíaca impõe no cotidiano e com os sentimentos ameaçadores que surgem em virtude das restrições a que são submetidos.

O impacto e a interferência negativa da IC na vida das pessoas são notáveis, sendo assim, o enfermeiro deve estar preparado para prestar assistência de forma a atender, não somente às necessidades biológicas dos pacientes, mas também as necessidades psicossociais, levando-o a superar limitações e adquirir mecanismos de enfrentamento.

Categoria 5

Sintomas depressivos e hospitalizações por insuficiência cardíaca.

Os sintomas depressivos (SD) têm sido associados e são comuns em pacientes com IC, podendo ser importantes determinantes do estado geral e classe funcional. O interesse na abordagem psicossocial da IC tem sido reforçado pelos enormes custos produzidos pela associação de SD e IC. Embora revisões sobre a literatura recente identifiquem SD e IC, como importante tema, métodos quantitativos são necessários para definir precisamente a magnitude desta relação.

A forma exata para detecção, prevenção e intervenção sobre os SD, assim como os fatores associados com desencadeamento destes nos pacientes com IC devem ser estabelecidos, devido a não estarem bem definidos os fatores de risco e prevalência em diferentes populações. Portanto, a identificação precoce do potencial acometimento destes pacientes sugere uma redução na incidência de SD.

CONCLUSÃO

A insuficiência cardíaca congestiva (ICC) é uma doença que está com um aumento significativo dentre as causas de óbitos da população mundial. A identificação dos fatores desencadeantes leva a um diagnóstico e tratamento precoces, aumentando os prognósticos positivos de seus portadores. Ao propor a SAE para esses pacientes, constata-se que os principais diagnósticos estão ligados a funções cardíacas e respiratórias, tendo as principais intervenções de enfermagem relacionadas a eles como é o caso do padrão respiratório ineficaz, relacionado com a fadiga secundária a congestão pulmonar e o débito cardíaco diminuído, relacionado com a diminuição do volume ejetado secundária as anormalidades mecânicas, estruturais ou eletrofisiológicas do coração. As intervenções propõem um restabelecimento do débito cardíaco e a normalização da função respiratória. O enfermeiro desempenha um papel fundamental tanto no diagnóstico precoce quanto no tratamento e evolução do paciente, participando ativamente no processo de integrar esse indivíduo para seu autocuidado. A sistematização da assistência de enfermagem contribui de forma elementar para que o paciente possa, dentre da sua evolução, retornar as suas funções cardíacas normais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, K. F.; ROCHA, M. L. Micropolítica e o exercício da pesquisa-intervenção: referenciais e dispositivos em análise. *Psicol., cienc. prof.*, v. 27, n. 4, p. 648-663, 2007.

ALFARO-LEFEVRE, R. A. Aplicação do processo de enfermagem: uma ferramenta para o pensamento crítico. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

ALMEIDA, G. A. S. et al. Perfil de saúde de pacientes acometidos por insuficiência cardíaca. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 328-335, Abr./Jun. 2013.

ALVES, L. P. et al. Conforto de mulheres com cardiopatias: descrição dos aspectos psico-espirituais. In: Congresso Cearense de Enfermagem, 9., 2012, Sobral. Anais... Sobral: ABEn-seção Ceará, 2012. 1 CD-ROM.

ANA (American Nurses Association). *Nursing: Scope and standards of practice*. 2. ed. Washington: NursesBooks.com, 2010.

ANTUNES, M. J. M.; GUEDES, M. V. C. Integralidade nos processos assistenciais na atenção básica. In: GARCIA, T. R.; EGRY, E. Y. Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 19-27.

APÓSTOLO, J. L. A. O imaginário conduzido no conforto de doentes em contexto psiquiátrico. 2007. 293f. Tese (Doutorado em Ciências de Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, 2007.

APÓSTOLO, J. L. A. et al. Sofrimento e conforto em doentes submetidos a quimioterapia. *Referência*, n. 3, p. 55-64, Dez. 2006.

AQUILANI, R. et al. Is Nutritional intake adequate in chronic heart failure patients? *J. Am. Coll. Cardiol.*, v. 42, n. 7, p. 1218-1223, Oct. 2003.

ARAUJO, A. A.; NOBREGA, M. M. L.; GARCIA, T. R. Diagnósticos e intervenções de enfermagem para pacientes portadores de insuficiência cardíaca congestiva utilizando a CIPE®. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 47, n. 2, p. 385-392, 2013.

ARTINIAN, N. T. The psychosocial aspects of heart failure: Depression and anxiety can exacerbate the already devastating effects of the disease. *Am. j. nurs.*, v. 103, n. 12, p. 32-42, Dec. 2003.

AZZOLIN, K. et al. Consenso de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para pacientes com insuficiência cardíaca em domicílio. *Rev. gauch. enferm.*, Porto Alegre, v. 33, n.

4, p. 56-63, Dez. 2012.

AZZOLIN, K. O. Efetividade da implementação das intervenções de enfermagem nos resultados esperados de pacientes com insuficiência cardíaca em cuidado domiciliar. 2011. 254f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós- 114 Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011. BACKES, M. T. S.; ERDMANN, A. L.; BACKES, D. S. Cuidado ecológico: o significado para profissionais de um hospital geral. *Acta Paul. Enferm.*, v. 22, n. 2, p. 183-191, 2009.

BARRETTO, A. C. P. et al. Re-hospitalização e morte por insuficiência cardíaca – índices ainda alarmantes. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo, v. 91, n. 5, p. 335-341, Nov. 2008.

BENEVIDES DE BARROS, R. D. Clínica e social: polaridades que se opõem/complementam ou falsa dicotomia? In BENEVIDES DE BARROS, R.; PASSOS, E.; RAUTER, C. (Org.). *Clínica e Política: subjetividade e violação dos direitos humanos*, Rio de Janeiro: Te Cora, 2002. p. 123-139.

BITTAR, D. B.; PEREIRA, L. V.; LEMOS, R. C. A. Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente crítico: proposta de instrumento de coleta de dados. *Texto & contexto enferm.*, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 617-28, Dez. 2006.