

UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM

**MARIA EUGÊNIA ALVES ALMEIDA COELHO**

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PESSOA COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA:  
CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO DE CUIDADO**

CRATO  
2016

MARIA EUGÊNIA ALVES ALMEIDA COELHO

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PESSOA COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA:  
CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO DE CUIDADO**

Dissertação submetida à Coordenação do Curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Cuidado de Enfermagem e Saúde.

Linha de Pesquisa: Cuidado de Enfermagem e Saúde nas Diferentes Fases do Ciclo Vital.

Eixo temático: Cuidado de Enfermagem na Saúde Cardiovascular de Adultos e Idosos.

Orientadora: Profa. Dra. Célida Juliana deOliveira.

CRATO  
2016

MARIA EUGÊNIA ALVES ALMEIDA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PESSOA COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA:  
CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO DE CUIDADO**

Dissertação apresentada à Coordenação do Curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri, para fins de obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Apresentação em: 15/04/2016

Conceito obtido: \_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Célida Juliana de Oliveira  
Universidade Regional do Cariri - URCA  
*Orientadora*

---

Prof. Dr. José Wicto Pereira Borges  
Universidade Federal do Piauí - UFPI  
*1º membro*

---

Profa. Dra. Ana Maria Parente Garcia Alencar  
Universidade Regional do Cariri - URCA  
*2º membro*

---

Prof. Dr. Marcos Antônio Pereira Lima  
Universidade Federal do Cariri - UFCA  
*Membro suplente*

## RESUMO

COELHO, Maria Eugênia Alves Almeida. **Assistência de enfermagem à pessoa com insuficiência cardíaca**: Construção e validação de protocolo de cuidado. 2016. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Regional do Cariri. Crato, 2016. 152p.

A insuficiência cardíaca está relacionada a re-hospitalizações, baixa qualidade de vida, risco prematuro de morte e altos custos para o sistema de saúde. Apesar de ser vista como um problema epidêmico em progressão no Brasil e no mundo, não foi identificado na literatura mundial, um instrumento para nortear o cuidado de enfermagem à pessoa com ICC em unidade de terapia intensiva. Pensando em melhorar a qualidade de vida dessas pessoas e o trabalho do enfermeiro, questionou-se: Quais indicadores a literatura traz para a construção de um protocolo de cuidados à pessoa com ICC? Assim, objetivou-se construir e validar um protocolo de cuidado de enfermagem ao paciente com ICC em unidade de terapia intensiva. Estudo metodológico, com base em tecnologia leve-dura, norteados pelos pressupostos da Psicometria, a partir de três fases. A primeira, constituída de uma revisão integrativa nas bases de dados LILACS e MEDLINE, em que foram analisados 19 estudos. Na segunda, ocorreu a construção do instrumento, delineada pelas definições constitutivas e operacionais, seguidas da elaboração dos itens, oriundos das dimensões identificadas no estudo. Na terceira, houve a validação do instrumento por cinco enfermeiros especialistas da região do Cariri cearense, todos, exercendo atividades em unidade de terapia intensiva para avaliação psicométrica sob os critérios de simplicidade, clareza, relevância e precisão, incluindo o valor de adequação e amplitude. A avaliação do total de 14 itens contemplados nos 78 subitens correspondentes às dimensões individual, educação em saúde e ao planejamento pós alta, resultou em exclusão de seis subitens e 17 modificações. O instrumento obteve um valor de amplitude positivo por todos os especialistas, demonstrando que o construto foi validado e adequado ao cuidado de enfermagem ao paciente com ICC na UTI. Conclui-se que os objetivos de construção e validação do protocolo foram alcançados, mostrando-se viável à assistência individual de qualidade. Aspectos como a sexualidade e a espiritualidade dessas pessoas não foram identificados, abrindo caminhos para novos estudos, pois esses são indissociáveis à vida humana, tão importantes quanto os que foram aqui abordados.

Descritores: Enfermagem; Insuficiência cardíaca; Unidade de terapia intensiva.

## ABSTRACT

COELHO, Maria Eugenia Almeida Alves. **Nursing care at person with heart failure**: Construction and validation of care protocol. 2016. Dissertation (Master of Nursing) - Graduate Program in Nursing. Regional University of Cariri. Crato, 2016. 152p.

Heart failure is related to re-hospitalizations, poor quality of life, premature death risk and high costs to the health system. Despite being seen as an epidemic problem in progress in Brazil and in the world, it was not identified in the literature, an instrument to guide nursing care to people with HF in the intensive care unit. Thinking about improving the quality of life of these people and the work of nurses questioned is: What indicators literature brings to the construction of a protocol of care to the person with HF? Thus, it aimed to construct and validate a nursing care protocol for patients with HF in the intensive care unit. Methodological study, based on soft-hard technology, guided by assumptions of Psychometrics from three phases. The first, consisting of an integrative review in the databases LILACS and MEDLINE, which examined 19 studies. In the second, there was the construction of the instrument, outlined by the constitutive and operational definitions, followed by the preparation of items, coming from the dimensions identified in the study. In the third, there was the validation of the instrument for 5 nurses experts from Ceará Cariri all, exercising activities in the intensive care unit for psychometric evaluation under the criteria of simplicity, clarity, relevance and accuracy, including the adequacy of value and amplitude. The evaluation of total 14 items included in the 78 sub-items corresponding to individual dimensions, health education and post discharge planning, resulted in exclusion six sub-items and 17 modifications. The instrument obtained a value of positive amplitude by all the experts, demonstrating that the construct was validated and appropriate for the nursing care of patients with HF in the ICU. It is concluded that the construction of goals and protocol validation were achieved, being feasible to individual quality of care. Aspects such as sexuality and spirituality of these people have not been identified, opening the way for further studies because these are inextricably linked to human life, as important as those that have been addressed here.

Key words: Nursing; Heart failure; Intensive care unit.

## LISTA DE REPRESENTAÇÕES GRÁFICAS

### Figuras

- Figura 1** – Componentes da decisão de enfermagem baseada em evidências. Crato, 2015. 36
- Figura 2** – Organograma para elaboração de medida psicológica. Crato, 2015. 44
- Figura 3** – Polo teórico: Etapas metodológicas para elaboração do protocolo de cuidados de enfermagem a pacientes com ICC. Crato, 2015. 50
- Figura 4** – Etapas da revisão integrativa da literatura para elaboração da revisão. Crato, 2015. 52
- Figura 5** – Diagrama do processo de seleção dos estudos a partir do primeiro cruzamento. Crato, 2014. 53
- Figura 6** – Diagrama do processo de seleção dos estudos a partir do segundo cruzamento. Crato, 2014. 54
- Figura 7** – Diagrama do processo de seleção dos estudos a partir do terceiro cruzamento. Crato, 2014. 55
- Figura 8** – Fluxo dos conceitos do polo teórico para a construção de instrumentos de medida. Crato, 2015. 56

### Tabela

- Tabela 1** – Adequação e concordância entre especialistas na avaliação psicométrica dos itens do protocolo. Crato, 2016. 98

### Quadros

- Quadro 1** – Etiologia da ICC. Crato, 2015. 27
- Quadro 2** – Elementos Essenciais para avaliação clínica do paciente com insuficiência cardíaca. Crato, 2015. 28
- Quadro 3** – Medidas gerais para o paciente com ICC. Crato, 2015. 30

<b>Quadro 4</b>	– Critérios psicométricos para elaboração de itens. Crato, 2015.	46
<b>Quadro 5</b>	– Sistema de pontuação de especialistas adaptada do modelo de validação de conteúdo de Fhering. Crato, 2015.	58
<b>Quadro 6</b>	– Caracterização dos estudos da revisão integrativa sobre cuidado de enfermagem à pessoa com ICC. Crato, 2015.	62
<b>Quadro 7</b>	– Indicadores da dimensão individual no cuidado à pessoa com ICC. Crato, 2015.	71
<b>Quadro 8</b>	– Indicadores da dimensão educação em saúde para o autocuidado. Crato, 2015.	74
<b>Quadro 9</b>	– Indicadores da dimensão Planejamento Pós-alta de pacientes com ICC. Crato, 2015.	76
<b>Quadro 10</b>	– Dimensões, subdimensões e indicadores do cuidado de enfermagem à pessoa com ICC em UTI. Crato, 2015.	80
<b>Quadro 11</b>	– Definições constitutivas e operacionais dos indicadores da subdimensão relacionada ao estado biológico. Crato, 2015.	81
<b>Quadro 12</b>	– Definições constitutivas e operacionais dos indicadores da subdimensão relacionada ao estado cognitivo/psicológico. Crato, 2015.	84
<b>Quadro 13</b>	– Definições constitutivas e operacionais da subdimensão relacionada ao estado sócio comportamental. Crato, 2015.	85
<b>Quadro 14</b>	– Definições constitutivas e operacionais da subdimensão relacionada às intervenções educativas para o autocuidado. Crato, 2015.	86
<b>Quadro 15</b>	– Definições constitutivas e operacionais da subdimensão relacionada aos métodos não farmacológicos. Crato, 2015	86
<b>Quadro 16</b>	– Definições constitutivas e operacionais da subdimensão relacionada ao conhecimento do paciente sobre ICC. Crato, 2015.	88
<b>Quadro 17</b>	– Definições constitutivas e operacionais da subdimensão relacionada ao planejamento pós-alta. Crato, 2015.	88
<b>Quadro 18</b>	– Definições constitutivas e operacionais da subdimensão	

	relacionada aos encaminhamentos. Crato, 2015.	89
<b>Quadro 19 –</b>	Itens e subitens do protocolo desenvolvido. Crato, 2016.	96
<b>Quadro 20 –</b>	Síntese das modificações e exclusões dos subitens a partir das dimensões e subdimensões. Crato, 2016.	110



## SUMÁRIO

	p.
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>15</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>23</b>
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>24</b>
<b>3.1 Considerações sobre ICC</b> .....	<b>24</b>
<i>3.1.1 Considerações tratamento farmacológico e não farmacológico para ICC</i> .....	<i>32</i>
<b>3.2 Considerações sobre o cuidado de enfermagem em UTI</b> .....	<b>29</b>
<i>3.2.1 Educação em saúde e cuidado interdisciplinar</i> .....	<i>32</i>
<i>3.2.2 Planejamento da alta hospitalar no contexto da prática baseada em evidência</i> .....	<i>34</i>
<b>3.3 Tecnologia em saúde</b> .....	<b>36</b>
<b>4 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>40</b>
<b>4.1 Sobre Luiz Pasquali</b> .....	<b>40</b>
<b>4.2 Psicometria</b> .....	<b>41</b>
<i>4.2.1 Construção de instrumento a partir da Psicometria</i> .....	<i>42</i>
<b>5 MATERIAL/MÉTODOS</b> .....	<b>49</b>
<b>5.1 Primeira fase: Revisão integrativa da literatura</b> .....	<b>50</b>
<i>5.1.1 Pergunta norteadora da revisão integrativa</i> .....	<i>52</i>
<i>5.1.2 Levantamento de dados</i> .....	<i>52</i>
<i>5.1.3 Seleção dos estudos (amostra)</i> .....	<i>53</i>
<i>5.1.4 Definição das informações/categorização dos estudos</i> .....	<i>55</i>
<b>5.2 Segunda fase: Fase teórica/construção</b> .....	<b>56</b>
<b>5.3 Terceira fase: Análise teórica/ especialistas e validação</b> .....	<b>57</b>
<i>5.3.1 Participantes do estudo: Os especialistas</i> .....	<i>58</i>
<i>5.3.2 Critérios de inclusão e exclusão</i> .....	<i>59</i>
<b>5.4 Organização e análise dos dados</b> .....	<b>60</b>
<b>5.5 Aspectos éticos</b> .....	<b>61</b>
<b>6 FASE 1: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA</b> .....	<b>62</b>

<b>6.1 Caracterização dos estudos avaliados .....</b>	<b>62</b>
<b>6.2 Dimensões do cuidado de enfermagem à pessoa com ICC .....</b>	<b>71</b>
6.2.1 <i>Dimensão Individual .....</i>	71
6.2.2 <i>Dimensão Educação em Saúde para o auto cuidado .....</i>	74
6.2.3 <i>Dimensão Planejamento pós alta .....</i>	76
<b>6.3 Considerações gerais sobre os resultados da revisão integrativa .....</b>	<b>77</b>
<b>7 FASE 2: FASE DE CONSTRUÇÃO .....</b>	<b>80</b>
7.1 <b>Dimensão individual .....</b>	81
7.2 <b>Dimensão educação em saúde para o auto cuidado .....</b>	85
7.3 <b>Dimensão planejamento pós alta .....</b>	86
<b>8 FASE 3: VALIDAÇÃO POR ESPECIALISTAS .....</b>	<b>94</b>
8.1 <b>Caracterização dos especialistas .....</b>	94
8.2 <b>Avaliação dos itens pelos especialistas .....</b>	96
<b>9 CONCLUSÃO .....</b>	<b>115</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>121</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>132</b>
<b>ANEXO .....</b>	<b>151</b>

## ***A essas pessoas, a minha dedicação maior***

*Meus pais comungaram da essência da cumplicidade, da espiritualidade e do cuidado humanitário. Nasci desse amor que merecem muito mais que essa dedicatória... “Seu Manel e dona Cléa” lá do céu, estão festejando... Antes de sair para a minha primeira viagem rumo aos estudos em Recife meu pai falou: “Eu confio em você”! Frase suficiente para que eu tente até hoje não decepcioná-lo. Outra vez sabiamente me falou: “Tudo passa minha filha”... É meu pai, tudo passa... Minha mãe não se destacava somente pelo dom da alta costura, mas pelo amor embutido em cada roupa que confeccionava; e mais, ela costurava cantando... (mais um dom, uma voz bela) porque amava o que fazia, seja na cozinha, na pintura, no bordado, no teatro, nas reuniões de Natal (onde a melhor ceia era a dos pobres), nas visitas aos doentes, no cuidado com os filhos e com o amado... Mas os seus dons mais belos moravam na sua meiguice, sua simplicidade, sua elegância em ser ética, saber ouvir, acolher e aceitar de verdade as pessoas como elas são. Em acolher todas as pessoas igualmente. Falaria uma vida e não conseguiria defini-la...*

*“Manim”, meu irmão Maurício, entre tantos ensinamentos, me instiga o gosto pela leitura e pela boa música. Na minha adolescência, entre outros livros me presenteou com “A história de Fernão Capelo, uma gaivota que descobriu na liberdade e na perseverança a maior força da sua vida... Lição inesquecível... “Chico”, meu irmão Francisco, me mostra, com seu exemplo, entre outras coisas boas, que a família é o que há de mais sagrado na face da terra; A fé deve ser regada todos os dias e a alegria tem um poder indescritível. “Doquinha”, meu irmão Domingos, grande amigo e companheiro, marcou profundamente a minha juventude, me ensina o dom da amizade, da retidão de caráter, do poder de união, da alegria de estar em família, da importância da ética, da disciplina, do crescimento intelectual e espiritual contínuo, do valor às coisas da terra. Mas ele também, entre nem sei quantas mil coisas me ensina algo que não cabe em palavras: a arte de ser irmão...*

*Víctor, meu filho amado! Homem de bom caráter, meu amigo, me orgulho pela honestidade, lealdade, perseverança, sensibilidade, sorriso sincero e pelo seu lado humanitário. Clea, minha filha amada, amiga, me orgulha por ser uma mulher de garra, força, determinação, energia e doçura. Isadora, minha filha amada, às vezes filha, sempre amiga e, às vezes, mãe; uma mulher sensível às necessidades de todos que a rodeiam, mas, uma fortaleza pela sua perseverança, energia, pela paz nos momentos que mais preciso, por me ver por dentro.*

*Cauê, meu filho por adoção, querido! Meu coração alegre-se toda vez que lembro de como você compartilha dos meus momentos felizes, difíceis, silenciosos, dolorosos... e de como você com seus gestos de compreensão, ternura e respeito, passa tanta segurança para mim. Disponha sempre do meu colo de mãe.*

*Meu estudo nasceu da busca pelo melhor cuidado de enfermagem dispensado às pessoas com ICC. Também surgiu da convivência em equipe interdisciplinar na casa de saúde São Miguel. Essas pessoas são fontes perenes do meu aprendizado.*

## **AGRADECIMENTOS**

*A Deus, fonte de luz, fé, alegria de viver, esperança e amor eterno.*

*Aos meus primeiros mestres: Minha família, à qual não preciso dizer quem sou nem o que quero ou o que faço, pois é a parte de cada um deles que me completa, me faz ser quem sou... Falaria uma vida inteira sobre vocês...*

*Aos meus irmãos, que cada um ao seu modo, a exemplo dos meus pais, me conduzem pelos caminhos da leitura, do respeito pelas culturas, pelas pessoas em sua individualidade; de perceber a alegria a partir das pequenas coisas da vida... E, entre tantas outras coisas, me ensinam que a arte de viver nasce da grandeza do caráter, da simplicidade, da humildade, da fé, da perseverança e do amor fraterno.*

*Aos meus filhos, que me ensinam a todo instante o prazer do altruísmo, da descoberta, da alegria, da renúncia, da superação, da conquista, do diálogo, sobretudo, do amor incondicional. Deles emanou a força de cada segundo que utilizei para cumprir essa jornada. A eles agradeço por compreenderem as ausências, até por telefone, e, a necessidade de silêncio. Serei eternamente grata pelas horas dedicadas ao meu projeto desde as longas esperas na URCA até o processo de digitação.*

*À minha irmã, por escolha, Margareth Martins pela sua grandeza de caráter, por acreditar que eu levaria esse projeto adiante, por colorir os meus dias com o seu astral contagiante e suas lições de caridade despretensiosa. Obrigada minha irmã!*

*À Maria de Fátima Lopes que em sua simplicidade, me ajuda e me ensina lições de vida o tempo todo...*

*A todas as mestrandas, especialmente pelo apoio, carinho, disponibilidade, ensinamentos e companheirismo durante a nossa jornada... Nosso convívio está além das disciplinas do Mestrado... Certamente manteremos o nosso vínculo, por todos esses motivos e muito mais... Aprendi muito com cada uma de vocês... Aliéren é minha amiga irmã... Aliniana me passa o vigor e a garra da juventude... Amanda me mostra a força da determinação... Daianazinha é um misto de carinho, competência e grande amizade... Itamara me ensina sobre otimismo e capacidade de acolher... Jaqueline me oferece exemplo de superação e compromisso... Lídia me passa a personificação da alegria em aprender e ensinar... Lívia me mostra que dedicação, ações e meiguice falam mais que palavras... Rhavena tem além da amizade, a responsabilidade e a fórmula para apresentação que todos gostariam de ter... Samara me mostra que a simplicidade, a sensibilidade e a simpatia são grandes qualidades que não podem faltar em um mestre...*

*A todos os professores do primeiro Curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri, minha eterna gratidão e respeito, pela acolhida e por me presentear com os caminhos para ampliar meu conhecimento e as possibilidades de partilhá-lo.*

*À Ana Maria Parente, “Aninha”, pelo exemplo de competência profissional, amizade, dedicação e compromisso com o curso; pelo carinho e acolhimento nas lágrimas e risos...*

*A Antônio Germane, pela disponibilidade em partilhar seus conhecimentos teóricos e pelas proveitosas interlocuções.*

*À Célida Juliana de Oliveira, minha querida orientadora, por fornecer as bases para tornar-me uma pessoa livre, desdobrando com sabedoria o despertar para a realidade de um sonho que nem era seu, mas passou a ser nosso. Por ser mediadora do acesso aos caminhos para tantas descobertas. Por ensinar-me, por meio das suas ações, o compromisso, a delicadeza, a competência, a generosidade e a humildade que é ser uma orientadora. No meu coração o lugar da gratidão por estar presente nos momentos de dúvidas, estimular o desejo de melhorar e ser amiga de uma aprendiz, será sempre seu. Tenho a sorte de não precisar me despedir de você. E sim dizer até logo, amiga!*

*À Edilma Rocha, por prestar um importante apoio extra sala de aulas para o aperfeiçoamento do profissionalismo, em um perfeito exercício de humanização.*

*À Evanira Maia, por viabilizar o caminho das consultas e referências em âmbito geral da área de saúde.*

*A Glauberto, por ensinar os caminhos da filosofia e a oportunidade de quebra de paradigmas, por meio de uma abordagem sensível e de mente aberta.*

*À Karla Jimena, por ensinar que muito além das técnicas há a importância do carinho, senso de responsabilidade e, sobretudo, por ser exemplo vivo de resiliência e fé.*

*À Corina Amaral, pela importância das suas recomendações sempre atuais.*

*À Maria de Fátima Antero, “Fátima Antero”, por me dar entre tantas lições, as de firmeza de caráter, postura profissional, forma de abordar as disciplinas, compromisso com o curso, pela competência em transformar a escuta em momento de crescimento e grande estímulo a ingressar nessa jornada.*

*À Maria do Socorro Vieira, “Socorrinha”, por demonstrar sem pretensão, que a simplicidade, a competência e a humildade são pilares para a força e a sabedoria de um mestre.*

*À Vitória Félix, por ampliar a consciência dos métodos da assistência de qualidade, por meio de uma verdadeira imersão nas bases do conhecimento teórico da enfermagem.*

*Aos especialistas que tornaram possível a avaliação desse estudo, escrito a muitas mãos e construído por muitos pensamentos, revelando o zelo de cada um em contribuir, com tamanha competência e altruísmo.*

*Aos componentes da banca examinadora, Profa. Dra. Ana Maria Parente G. Alencar, Prof. Dr. Marcos Antônio Pereira Lima e ao Prof. Dr José Wicto Pereira Borges. O produto final dessa dissertação revela em indefiníveis tons, o consenso de comentários, sugestões, exclusões e inclusões infinitamente importantes e recompensadores!!!*

*À professora doutoranda Emiliana Gomes pela preciosa contribuição na etapa de aplicação da estatística desse estudo.*

*À Evilene (Vivi) pela inestimável colaboração nos serviços da secretaria e por compartilhar carinhosamente dos momentos de alegrias e angústias.*

*Aos pacientes com ICC, meus grandes mestres, a quem devo meu maior aprendizado, respeito e carinho.*

*Às enfermeiras Lys Callou e Maria Emília Salatiel, e aos Técnicos de Enfermagem da UTI da Casa de Saúde São Miguel pelo incentivo constante.*

*Ao meu querido colega e amigo Wagner por todas as palavras e pelo silêncio oportuno, além das trocas de plantão e todas as horas trabalhadas por mim, para que eu chegasse até aqui.*

*À administração da Casa de Saúde São Miguel, pela compreensão da grandeza desse estudo e oportunizar a minha participação.*

*Aos médicos, em especial Dr. Nikolay Macedo, Dr. George Elias e Dr. Marcos Martins, pelo incentivo e apoio científico e ao Dr. Jonas Rodrigues, pelo acesso ao seu acervo.*

*Às professoras Dra. Cleide Correia de Oliveira, pelo incentivo e Profa. Ms. Maria de Fátima Ramos de Figueiredo por acreditar em mim, pela força em todos os momentos...*

*A todos que de alguma forma colaboraram para a realização desse estudo.*

*Carinhosamente,*

*muito obrigada!*

# *Introdução*



*“Somos seres vivos complexos que integram com a natureza pelo trabalho e pelo cuidado. O resultado dessa interação é a cultura em diferentes expressões no espaço e no tempo. Todas essas dimensões estão presentes em nossa dimensão de corpo. Mas bem entendido: corpo, como o ser humano todo inteiro, vivo, dotado de inteligência, de sentimento, de compaixão, de amor e de êxtase enquanto se relaciona para fora e para além de si mesmo, com a totalidade de seu mundo exterior”.*

*Leonardo Boff*

## 1 INTRODUÇÃO

O objeto deste estudo está situado na dimensão do cuidado de enfermagem à pessoa com insuficiência cardíaca crônica (ICC).

A insuficiência cardíaca é caracterizada por Schettino et al. (2012), pela dificuldade do coração em bombear sangue suficiente para perfundir adequadamente os tecidos, resultando em restrição de esforços, retenção hidrossalina e comprometimento da sobrevida. É apontada como a via final de maior parte das doenças cardiovasculares. Ao se pronunciarem sobre essa disfunção, Smeltzer e Bare (2002), corroborando com Schettino et al. (2012), afirmam que a insuficiência cardíaca (IC), pode resultar de uma condição aguda como o infarto agudo do miocárdio ou de um evento que ocorre gradativamente, como a cardiopatia isquêmica crônica associada à hipertensão arterial, sua principal causa; e, é frequentemente referida por alguns autores como ICC.

Nesse contexto, é possível inferir que a diferença entre insuficiência cardíaca aguda e crônica pode ser baseada em sinais e sintomas. A insuficiência cardíaca aguda pode ocorrer da exacerbação aguda de um quadro crônico; como exemplos, um tromboembolismo pulmonar ou diabetes descompensada. Nesses casos a ICC, passa a ter o diagnóstico médico de insuficiência cardíaca aguda (MARTINS, 2015).

Mesquita e Queluci (2013) apontam que a ICC pode evoluir do estágio inicial (A) para outros estágios (B, C e D); os estágios A e B são assintomáticos e os estágios C e D apresentam sintomatologia, havendo a possibilidade de serem identificados na forma agudizada. A insuficiência cardíaca aguda pode ocorrer sem diagnóstico prévio de insuficiência cardíaca (IC); nesse caso, poderá ser causada principalmente por síndrome coronariana aguda, miocardite, disfunção valvar aguda, emergências hipertensivas, bradi ou taquiarritmias e tamponamento cardíaco (MARTINS, 2015).

Os números mostram que há no Brasil, aproximadamente dois milhões de pessoas com ICC e a incidência é estimada em 240 mil casos diagnosticados a cada ano. A prevalência aumentou de 1 a 2% em pessoas com idade entre 50 e 60 anos;



mas, acima de 10% na faixa etária acima de 80 anos, o que influi diretamente nas internações hospitalares e mortalidade intra-hospitalar (ARAÚJO et al., 2014; SCHETTINO et al., 2012). A população idosa no Brasil teve índice de crescimento de 34,05% neste ano de 2015 e deve chegar a 76,39% em 2030 (IBGE, 2015). Portanto, pode-se inferir que a incidência de casos de IC também tende a aumentar.

De acordo com Bocchi et al. (2009) no ano de 2007, as doenças cardiovasculares representaram a terceira causa de internações no SUS, com 1.156.136 hospitalizações, sendo a IC, causa mais frequente de internação por doença cardiovascular. No Brasil, foram admitidas 1.829.829 pessoas com IC, em caráter de urgência no período de janeiro de 2008 a setembro de 2015; somente no primeiro semestre do ano de 2015, esse número foi superior a 155 mil internações (BRASIL, 2015).

As III Diretrizes Brasileiras de Insuficiência Cardíaca Crônica (BOCCHI et al., 2009) ressaltam que um dos maiores desafios para a equipe de saúde interdisciplinar consiste em realizar a avaliação da pessoa com insuficiência cardíaca de forma integral, diante de condições tão adversas e amplas tais como, o desconhecimento do cliente e da família acerca do seu problema de saúde, a escassez de planejamento pós-alta e a falta de adesão ao tratamento, além da sobrecarga dos profissionais com questões administrativas (BOCCHI et al., 2009; KRÖGER; OLIVEIRA; SANTOS, 2010) sendo, portanto, necessário (re)significar o cuidado dedicado a esta clientela.

O cuidado sob a perspectiva filosófica, por ser um fenômeno existencial é definido como uma maneira de ser; é relacional por assumir uma relação consigo mesmo, com o outro e com o mundo e é contextual, posto que acolhe diferentes dimensões, formas e expressões, dependendo do meio em que ocorre. Por ser intrínseco ao ser humano, em cada ser há um potencial para cuidar, assim como para ser cuidado. Entretanto, cada um desenvolverá maior ou menor capacidade para o cuidar, considerando aspectos que podem influenciar, desde como foi cuidado durante toda a sua existência, até entre outros, fatores ambientais, econômicos, políticos, culturais e religiosos (WALDOW, 2008).

Nesse sentido, como a insuficiência cardíaca demanda frequentemente hospitalização, deve ocorrer a utilização rápida e eficaz de conhecimentos específicos para instrumentalizar o cuidado de enfermagem, visando reduzir a mortalidade desta clientela e garantir uma melhor qualidade de vida (POTTER; PERRY, 2009), o que demonstra a importância da pesquisa baseada em evidências.

Diante do exposto, deve ser enfatizada a importância da inclusão do enfermeiro no processo de cuidado à pessoa com insuficiência cardíaca, seja em contexto hospitalar, ambulatorial ou domiciliar. Assim, a enfermagem baseada em evidências, fundamentada no processo de sistematização da assistência, deve estabelecer um plano de cuidados que inclua o acompanhamento a esta clientela, buscando a melhor forma de prevenir reinternações, promover a melhoria da qualidade de vida e contribuir para reduzir a mortalidade (KRÖGER et al., 2010).

Contemplando os aspectos citados, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) nº 63/2011, explicita que o plano de cuidados deve incluir necessidades percebidas quanto ao nível de assistência necessária para o desempenho das atividades básicas e atividades da vida diária e, quanto ao estado cognitivo, deve-se investigar memória e capacidade de tomar decisões, a existência de suporte disponível (família, cuidador), a ocorrência de barreiras na manutenção da independência no ambiente em que vive, a existência de um planejamento do cuidado, de coordenação e implementação de soluções, assim como monitoramento e avaliação do plano de cuidados (BRASIL, 2013).

Nessa direção, a busca por um modelo próprio de conhecimento tem conferido à Enfermagem um padrão de cuidado científico que resultou em constantes avanços na sistematização da assistência prestada, visando favorecer a prestação de um cuidado que promova maior integração enfermeiro-paciente-família-comunidade, além de oferecer à equipe de cuidados de saúde uma linguagem comum para compreensão das necessidades do cliente e promover uma comunicação efetiva entre todos (KRÖGER et al., 2010; MERHY, 2006).

Considerando o exposto sob a perspectiva do desenvolvimento tecnológico e os dados crescentes de incidência de ICC, é comprovada a

necessidade de construção e/ou seguimento de estratégias baseadas na sistematização da assistência de enfermagem que promovam as reduções das hospitalizações, da mortalidade por ICC e garantam uma maior qualidade de vida a esta clientela (POTTER; PERRY, 2009).

Nesta perspectiva, a aplicação de protocolos pelos enfermeiros, como uma dessas estratégias no cuidado ao paciente com ICC, constitui uma ferramenta importante por promover uma base científica na coordenação do cuidado e ter como característica a padronização deste cuidado e a flexibilidade diante da possibilidade de atualização constante dos conhecimentos baseada em novas evidências científicas (BRASIL, 2005).

Frente às discussões, o termo protocolo pode ser definido como uma ferramenta de intervenção técnica que objetiva direcionar as ações dos profissionais com base em conhecimentos científicos e práticos do trabalho de rotina de saúde, considerando cada realidade (COREN-MG, 2006; ABUHAB, 2012).

Os protocolos segundo Werneck, Faria e Campos (2009), podem direcionar tanto as ações gerenciais dos serviços, como as ações de cuidados assistenciais. No primeiro campo, definem principalmente “o que fazer” e “quem deve fazer” em um processo de trabalho e são denominados protocolos de organização dos serviços, são instrumentos de gestão destes. Já no campo seguinte, têm-se os protocolos de cuidados clínicos, que sintetizam ações de cuidados, construídas com respaldo em evidências científicas atuais, por profissionais com experiência em uma área de estudo; São ferramentas que direcionam o cuidado, orientando fluxos, condutas e intervenções realizadas por profissionais dos serviços de saúde.

O emprego dos protocolos deve ser voltado para o cuidado clínico, ações preventivas, promocionais e educacionais. Entretanto, deve haver harmonia entre a padronização de procedimentos com as variações inerentes a cada caso (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Atualmente, ao acompanhar sistematicamente entre outros pacientes, as pessoas com insuficiência cardíaca internadas em uma unidade de terapia intensiva (UTI) de referência cardiológica na região metropolitana do Cariri cearense, foi

possível identificar aspectos como a elevada frequência de reinternações em curtos intervalos de tempo, a recorrência de relatos de familiares acerca da não adesão ao tratamento, o desconhecimento dos pacientes, cuidadores e familiares sobre a ICC e suas limitações.

Foi percebida ainda, a ausência de planejamento pós-alta hospitalar e a importância de estabelecer uma prática de assistência de enfermagem a estes clientes e à sua família junto à equipe interdisciplinar, com ênfase no cuidado sistematizado, no olhar vigilante para os fatores que possam prevenir ou desencadear complicações e no planejamento pós-alta hospitalar.

Nesse contexto, como modelo para o cuidado sistematizado de Enfermagem ao paciente com ICC, o protocolo torna-se uma ferramenta fundamental, haja vista a possibilidade de ocorrer a operacionalização de forma sequencial, rápida e eficaz, assegurando a continuidade e a qualidade do cuidado. Além disso, possibilita o emprego das melhores evidências atualizadas, o que aumenta a efetividade, a praticidade e a segurança do cuidado prestado (PIMENTA et al., 2013).

Diante disto, surgiu o questionamento: Existem protocolos de cuidados de enfermagem para o paciente com insuficiência cardíaca? A resposta a esta questão permite um avanço nos cuidados de enfermagem direcionados à clientela com ICC, visto que poderá proporcionar a construção ou adaptação de protocolos para instrumentalizar o cuidado científico, rápido e eficaz que essa síndrome exige.

Para responder a esta questão, foi realizada uma revisão integrativa da literatura mundial publicada entre 2009 e 2013, com o objetivo de identificar a existência de algum protocolo na literatura nacional e internacional, por meio de acesso eletrônico à Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Ao nos determos nesta revisão sobre a temática pertinente à insuficiência cardíaca crônica, observamos que os dados epidemiológicos mostram o crescente número de pessoas com esta síndrome, além dos agravantes sociais e econômicos. A literatura aborda as possíveis consequências inerentes a estas pessoas e conseqüentemente à família e aos serviços, mas a lacuna de estudos inerentes aos cuidados de enfermagem sistematizados a esta clientela foi visível, alertando para a

necessidade de desenvolver estudos que acolham principalmente intervenções seguras, atuais, aplicáveis e com bons resultados.

Além disso, nenhum estudo sobre protocolo de cuidados de enfermagem relativos à ICC foi encontrado. Assim, uma nova questão de pesquisa foi desenhada: Quais indicadores a literatura traz para a construção de um protocolo de cuidados à pessoa com ICC?

É pertinente ressaltar a importância de estimular a capacidade de aprofundar o conhecimento acerca dos aspectos voltados aos cuidados clínicos de enfermagem e à educação em saúde para a realização efetiva do cuidado holístico desta clientela e de sua família, por meio de instrumentos baseados em evidências.

Assim, o projeto de dissertação fundamenta-se na hipótese de que a construção e validação de um protocolo de cuidados de enfermagem ao paciente com ICC proporcionarão maior acurácia a esta assistência. Diante do exposto, consideramos o estudo relevante sob o ponto de vista do aprimoramento da profissão, em especial, dos enfermeiros que atuam em unidade de terapia intensiva, locais de frequentes internações desta clientela.

# *Objetivos*



*“... urge criar não uma coisa nova no seu mundo, mas um mundo novo. E há ainda a incerteza da novidade e necessidade de criar novos hábitos de pensar e de agir”.*

*Leonardo Boff*

## **2 OBJETIVOS**

- Construir um protocolo de cuidados de enfermagem ao paciente com insuficiência cardíaca crônica em unidade de terapia intensiva;
- Validar o protocolo de cuidado de enfermagem aos pacientes com insuficiência cardíaca crônica.

## *Revisão de Literatura*



*“O ser humano não nasceu ainda. Está sempre em gestação e por nascer”.*

*Leonardo Boff*



### 3 REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 Considerações sobre ICC

A insuficiência cardíaca pode ser definida como uma síndrome complexa em que o coração torna-se incapaz de ofertar oxigênio suficiente para suprir as necessidades metabólicas tissulares, quando o retorno do sangue é normal, ou o faz, por meio de elevadas pressões de enchimento (pré-carga) e ocorre a ativação neuroendócrina e pró-inflamatória (NICOLAU et al., 2010; BOCCHI et al., 2012).

A insuficiência cardíaca crônica (ICC), segundo Smeltzer e Bare (2002) e Nicolau (2010), tanto pode resultar de um episódio agudo, como por exemplo, o infarto agudo do miocárdio, sendo denominada com frequência como insuficiência cardíaca (IC), quanto pode ser causada por eventos que ocorrem gradativamente como a hipertensão arterial crônica e a doença das válvulas cardíacas, sendo, neste caso, comumente denominada de ICC.

Entre as causas da insuficiência cardíaca aguda apontadas por Martins (2015), estão a síndrome coronariana aguda, miocardite, disfunção valvar aguda, emergências hipertensivas, bradi e taquiarritmias e tamponamento cardíaco.

Em geral, esta síndrome está associada à retenção hidrossalina, tolerância diminuída a esforços, elevada incidência de arritmias ventriculares e redução da qualidade de vida; é considerada como o desfecho final de muitas doenças cardiovasculares (NICOLAU et al., 2010; BOCCHI et al., 2012).

Os aspectos epidemiológicos demonstram que no mundo há 23 milhões de casos de Insuficiência Cardíaca. Nos Estados Unidos cerca de 550.000 casos novos de IC são diagnosticados por ano, sendo a quinta causa mais frequente de hospitalização e a mais comum em idosos. As reinternações variam de 30% a 50% em seis meses. O custo anual com internações foi orçado em 15 bilhões de dólares. São notificadas 300.000 mortes anuais e 54.000 mortes diretas (ABUHAB, 2012; KRUMHOLTZ et al., 2014).

No Brasil, os dados mostram que há 6,5 milhões de pessoas com ICC e cerca de 293.000 internações são registradas anualmente por essa síndrome; a média é de 5,8 dias para cada internação. A ocorrência anual de óbitos é de 23.000,

resultando em uma mortalidade hospitalar em torno de 6%; a maior prevalência dos óbitos ocorre na faixa etária maior de 60 anos de idade, é mais incidente no sexo masculino e o custo hospitalar é de 200 milhões/ano (ABUHAB, 2012; ARAÚJO et al., 2014).

Observa-se, ainda, que após a primeira hospitalização por ICC, a ocorrência de readmissões é especialmente muito elevada. Aproximadamente 60% da população com idade acima de 70 anos, na América do Norte, são readmitidos em um intervalo de 90 dias. Entretanto, segundo estudo, quase 90% das readmissões são preveníveis (XEXEMEKU et al., 2014). Estima-se que após o diagnóstico, apenas 15% dos pacientes permanecem vivos em um intervalo de oito a doze anos e a mortalidade intrahospitalar varia de 4% a 13%, dependendo da classe funcional e das características da população em estudo (ABUHAB, 2012).

No Brasil, os números demonstram que as readmissões nos primeiros seis meses após a alta hospitalar, sobretudo, considerando os primeiros 30-90 dias como período crítico, apresentam taxas de reinternações que variam entre 29 a 47% resultando em grande aumento de custos para o sistema de saúde (ARAÚJO et al., 2014).

Há condições cardíacas (redução da capacidade de perfundir os órgãos) tais como afecções pericárdicas, endocárdicas e as mais frequentes, que acometem o miocárdio; e existem as condições extracardíacas (modificação das necessidades metabólicas dos tecidos) como a anemia, beribéri, hipertireoidismo e sepse, que são capazes de causar a ICC (BACAL, 2014). Portanto, durante a etapa de investigação, no processo de enfermagem, as informações acerca destas e de outras condições devem ser completas, analisadas e interpretadas de forma a subsidiar diagnósticos de enfermagem corretos (LEFREVRE, 2010).

A avaliação inicial é fundamental para a distinção entre a IC aguda, secundária a dano miocárdico recente ou crônica descompensada, para definir as condutas terapêuticas e deverá trazer elementos que possam propiciar rapidamente as intervenções específicas tais como a definição da etiologia (Quadro 1), os elementos para avaliação clínica do paciente e os fatores precipitantes da IC (BACAL, 2014).

**QUADRO 1** – Etiologia da ICC. Crato, 2015.

<b>Etiologia</b>	<b>Situação clínica</b>
Doença isquêmica	Especialmente na presença de fatores de risco: angina ou disfunção segmentar.
Hipertensão arterial	Frequentemente associada à hipertrofia ventricular e a fração de ejeção preservada
Doença de Chagas	Especialmente na presença de dados epidemiológicos sugestivos.
Cardiomiopatia	Hipertrófica, dilatada, restritiva e displasia arritmogênica do ventrículo direito.
Drogas	Bloqueadores do canal de cálcio, agentes citotóxicos.
Toxinas	Álcool, cocaína, microelementos (mercúrio, cobalto e arsênio).
Doenças endócrinas	Diabetes, hipo/hipertireoidismo, Cushing, insuficiência adrenal, feocromocitoma, hipersecreção hormônio de crescimento.
Nutricional	Deficiência de selênio, tiamina, carnitina, obesidade, caquexia.
Infiltrativa	Sarcoidose, amiloidose, hemocromatose.
Doença extracardíaca/outras	Fístula arteriovenosa, beribéri, doença de Paget, anemia/miocardopatia do HIV, doença renal crônica

Fonte: III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica (2009).

Fatores como infecção, interrupção de medicação, insuficiência renal, anemia, ingestão hídrica ou salina excessiva, hipertensão arterial, isquemia miocárdica, arritmias, embolia pulmonar, uso de álcool e drogas como os anti-inflamatórios, bloqueadores de cálcio etiazolidinedionas, são condições precipitantes da ICC e devem ser observados pelo enfermeiro durante a avaliação destes pacientes (BOCCHI et al., 2009).

A leitura acerca da etiologia e dos fatores que poderão desencadear a ICC instiga a busca pela classificação desta síndrome, para o reconhecimento da condição do paciente, no momento do cuidado de enfermagem. A III Diretriz Brasileira de ICC apresenta a classificação da insuficiência cardíaca baseada na intensidade dos sintomas, estratificada pelo grau de limitação proposta pela *New York Heart Association* (NYHA). Esta classificação também possibilita uma avaliação da qualidade de vida dos pacientes frente ao seu processo de doença (BOCCHI, 2009).

As classes são contempladas a seguir:

- Classe I: Ausência de dispneia durante atividades cotidianas; semelhante a pessoas normais;
- Classe II: Dispneia desencadeada por atividades cotidianas;
- Classe III: Dispneia desencadeada aos pequenos esforços (menores que os de atividades cotidianas);
- Classe IV: Dispneia em repouso.

Para categorizar os pacientes segundo esta graduação devem ser tomadas como referência as atividades de cada indivíduo. No cuidado a esse paciente, a coleta e o registro de informações são necessários à prevenção, detecção e controle de problemas de saúde com a finalidade de promover a saúde ideal, a independência e trabalhar continuamente para esclarecer os resultados esperados (LEFÈVRE, 2010).

Sendo assim, essas etapas compõem o cuidado de enfermagem, que se utiliza, dentre outras ferramentas, do processo de enfermagem (PE) para sistematizar suas ações e facilitar o cuidado por meio dos dados precisos e concretos, sem perder o foco no paciente como um todo. Assim, ao mesmo tempo em que investiga a pessoa para compor os diagnósticos de enfermagem, agrupa problemas de saúde que colaboram com a equipe interdisciplinar (LEFÈVRE, 2010).

Dentre as situações que devem ser observadas pelo enfermeiro durante a avaliação dessas pessoas, para agrupar informações importantes, têm-se:

QUADRO 2 – Elementos essenciais para avaliação clínica da pessoa com insuficiência cardíaca. Crato, 2015.

<b>SITUAÇÃO</b>	<b>ACHADO</b>
Sintomas	Dispneia, ortopneia, dispneia paroxística noturna, palpitações, síncope, dor torácica
Fatores de risco	História familiar, diabetes, hipertensão arterial, etilismo, tabagismo, dislipidemia.
Antecedentes	IAM, operação/intervenções cardíacas
Estado geral	Peso, enchimento capilar
Pulso	Frequência, ritmo e amplitude
Pressão arterial	Sistólica e diastólica

Sinais de hipervolemia	Pressão jugular, edema, crepitações, derrame pleural
Coração	Ictus, presença de terceira/quarta bulha, sopro sugestivo de disfunção valvar

FONTE: BOCCHI et al. (2009).

### 3.1.1 Considerações sobre tratamento farmacológico e não farmacológico para ICC

Por ser uma condição pandêmica, a ICC atualmente constitui uma prioridade para a Organização Mundial de Saúde (OMS). Seu tratamento baseado em evidências vem sendo amplamente modificado nas últimas décadas, no entanto, as III Diretrizes de Insuficiência Cardíaca (2009), recomendam para o tratamento clássico, o uso de diuréticos, inibidores da enzima cardioversora da angiotensina, betabloqueadores, seguidos dos digitálicos e vasodilatadores. Mas, a etiologia, a intensidade e as comorbidades parecem influenciar neste tratamento (NOGUEIRA; RASSI; CORRÊA, 2010).

Já os tratamentos cirúrgicos empregados nos últimos anos são cirurgia para reconstituição ou substituição da valva mitral, revascularização do miocárdio, transplante cardíaco, dispositivo de assistência circulatória mecânica e implantação de dispositivos de estimulação cardíaca (BOCCHI et al., 2012).

Sobre o tratamento não farmacológico da insuficiência cardíaca, Guimarães et al. (2009) e a atual Diretriz Brasileira (BOCCHI et al., 2012), recomendam quatro orientações:

- Tratamento nutricional com o controle de peso, conforme as características de cada paciente e restrição na ingesta hídrica, especialmente nos pacientes com as formas mais graves de ICC, que deve ser restrita ao mínimo tolerado (geralmente de 800ml a 1litro por dia);
- Vacinação contra pneumococo (a cada cinco anos) e contra influenza(anual);
- Engajamento em programas de manejo de doenças crônicas com educação e monitorização em clínicas de IC (relativas ao estímulo da adesão ao tratamento, bons hábitos de vida e redução dos dias de hospitalização);
- Reabilitação cardiovascular para melhorar a qualidade de vida e capacidade de exercício.

A estabilidade hemodinâmica e o alívio dos sintomas constituem as prioridades do tratamento da ICC em curto prazo. O objetivo em longo prazo trata de interromper ou reverter a progressão da disfunção ventricular oferecendo assim, uma melhor qualidade de vida e aumento da sobrevida (POTTER; PERRY, 2009).

### **3.2 Considerações sobre o cuidado de enfermagem em UTI**

As ações humanas em um hospital, especificamente na UTI não se atêm mais somente a descrições do seu papel, função ou cargo, visto que os profissionais atualmente devem ser capazes de desenvolver dinamismo, inteligência e criatividade, pensando no paciente e em obter os melhores resultados também a um custo compatível.

O grande diferencial atualmente para o cuidado de enfermagem em UTI é primordialmente uma equipe capacitada, sob os pontos de vista técnico e comportamental. Para a construção de uma equipe com este perfil faz-se necessária uma parceria, sobretudo, entre as áreas de recursos humanos, o departamento de enfermagem e a administração do hospital, afim de que o enfermeiro possa recrutar, selecionar, dimensionar e capacitar esta equipe (SILVA; VIEIRA, 2013). Deste modo, o processo de enfermagem poderá ser efetivado, principalmente quando se trata da sua aplicação ao paciente com ICC.

O processo de enfermagem deve ser lembrado pelo enfermeiro como um dos indicadores de qualidade total, haja vista a sua inclusão em um conjunto de ações que visam atender ou superar as expectativas dos pacientes, que são o foco de toda a organização. Nesta perspectiva, ao enfermeiro compete eliminar ou minimizar riscos de acordo com protocolos e rotinas estabelecidas institucionalmente (SILVA; VIEIRA, 2012).

Este processo constitui-se de cinco etapas cíclicas, não lineares, inter-relacionadas: Investigação (levantamento do histórico e exame físico); Diagnósticos de enfermagem; Planejamento dos resultados esperados; Implementação da assistência ou prescrição de enfermagem; Avaliação da assistência de enfermagem. A aplicação dos princípios de cada “etapa” sistematiza e prioriza o cuidado ao paciente, mantendo o foco no seu estado de saúde e qualidade de vida, assim como

possibilita a formação do raciocínio crítico do enfermeiro na tomada de decisões (KNOBEL, 2006; LEFÈVRE, 2010).

Entre as finalidades do processo de enfermagem, está inclusa uma maior integração entre o enfermeiro com o paciente e seus familiares, a comunidade e a equipe interdisciplinar, possibilitando a melhoria do cuidado (KRÖGER et al., 2010).

Para que o enfermeiro realize o manejo correto e seguro deste processo, torna-se necessária a compreensão de cada uma de suas etapas, além das taxonomias existentes e utilizadas usualmente por cada instituição. Nesta perspectiva, a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) requer ferramentas que possibilitem o direcionamento das etapas do processo, demonstrando serem estas, efetivas e fundamentais ao cuidado do paciente, tais como educação permanente, informatização, uso de protocolos junto à equipe de enfermagem, entre outras (LEFÈVRE, 2010).

Como em toda assistência de enfermagem, as intervenções relativas à pessoa com ICC devem ser baseadas em teorias e evidências, conforme a situação de cada paciente. No entanto, há medidas gerais de cuidado de fundamental importância a essa clientela (KRÖGER et al., 2010), abordadas no quadro a seguir:

**QUADRO 3** – Medidas gerais para o cuidado ao paciente com ICC. Crato, 2015.

<b>MEDIDAS</b>	<b>CONSIDERAÇÕES</b>
Controle do equilíbrio ácido básico	– Monitorar dados clínicos e laboratoriais; – Observar e comunicar sinais clínicos como pele fria e úmida por exemplo
Monitorização das vias aéreas	– Detectar precocemente alterações no padrão respiratório, sinais de fadiga, inquietação – Realizar exame físico, verificando presença de estertores pulmonares; elevar a altura da cabeceira
Controle do equilíbrio hidroeletrólítico	– Observar e comunicar redução do débito urinário, presença de edema
Administração de medicamentos	– Observar reações de hipersensibilidade; atentar para doses e efeitos colaterais
Monitorização da função neurológica	– Avaliar e acompanhar nível de consciência, comunicar em caso de rebaixamento; aplicar escala de coma de Glasgow a cada 6 horas, se o paciente evoluir com alterações do nível de consciência
Cuidados com	– Realizar curativos conforme protocolos institucionais;

cateteres	observar local quanto à presença de hiperemia, exsudato e/ou infiltração
Cuidados com oxigenoterapia	– Administrar e controlar saturação de O <sub>2</sub>
Regulação da temperatura	– Administrar antitérmicos quando temperatura elevada; proporcionar conforto térmico
Controle de arritmias	– Observar e comunicar sinais de alterações de frequência, arritmias – Orientar o paciente a relatar queixa de “palpitações” ou dor torácica
Controle nutricional	– Pesquisar diariamente, controlar velocidade de dieta enteral e parenteral, avaliar presença de distensão abdominal, refluxo gástrico, diarreia/constipação intestinal.
Proteção contra infecção	– Promover higiene corporal – Realizar troca de curativos – Trocar sistemas de infusão conforme protocolos – Avaliar resultados de leucograma e observar temperatura
Prevenção de quedas e promoção do ambiente seguro	– Orientar o paciente quanto ao contexto onde se encontra – Manter grades elevadas, cama travada
Redução da ansiedade	– Proporcionar ambiente que alivie estresse – Mobilizar sistema de apoio ao paciente – Proporcionar condições para o paciente se expressar; – Orientar sobre todos os métodos terapêuticos e prognósticos, diagnósticos expectativas, equipamentos
Facilitação do acesso e permanência de visitas	– Incluir a família nos cuidados do paciente – Oferecer suporte à família, promover apoio espiritual e emocional estimular comunicação entre o paciente/família/equipe assistencial
Controle hemodinâmico	– Avaliar perfusão de extremidades e presença de bulhas cardíacas B3 e B4 – Manter repouso no leito, administrar drogas vasoativas como prescrito, verificar SSVV como protocolado ou necessidade do paciente – Medir parâmetros hemodinâmicos invasivos (PAP, PPC, PVC e débito cardíaco) quando o paciente estiver com cateter de artéria pulmonar – Realizar procedimentos previstos para preparo de cirurgias, exames e introdução de dispositivos mecânicos
Prevenção de fenômenos tromboembólicos	– Manter meias elásticas e compressores pneumáticos como padronizados pela instituição – Mobilizar extremidades por meio de exercícios passivos – Administrar anticoagulantes como prescrito



FONTE: KRÖGER et al. (2010).

### *3.2.1 Educação em saúde e cuidado interdisciplinar*

As Diretrizes de Educação em Saúde sugeridas pela Fundação Nacional de Saúde, junto ao Ministério da Saúde, apontam que as atividades pedagógicas formais estão em geral, incluídas como práticas que educam, entretanto, sugerem que o processo de trabalho em saúde deve transformar nossa consciência. Desse modo, a educação em saúde deve objetivar a capacitação de pessoas para atuar em determinada realidade e transformá-la contribuindo, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), para consolidar seus princípios e diretrizes: universalidade, integralidade, equidade, descentralização, participação e controle social (TANNURE; PINHEIRO, 2010).

Uma das grandes vertentes da educação em saúde, especificamente para o enfermeiro que realiza cuidados diretos aos pacientes com ICC, é a educação para o autocuidado iniciando-se ainda no período de internação e deve ser incorporada à práxis diária das medidas não farmacológicas dirigidas a esses pacientes. A hospitalização constitui-se ideal para a educação e o treinamento dessa clientela, incluindo familiares e cuidadores, visto que ainda estão sob o impacto dos sintomas de descompensação e da internação (BRASIL, 2007).

Entretanto, alguns autores admitem que o cenário para o início ou continuidade do manejo do processo educativo da pessoa com ICC, pode ser o hospital (durante o período de internação), ambulatorial, domiciliar ou, ainda, uma combinação destes ambientes, considerando que cada situação se reverta na melhor condição possível para a continuidade do tratamento (RABELO et al., 2007).

Frente ao exposto, convém observar a importância da dinâmica do cuidado interdisciplinar como meta para atingir a completa assistência ao cliente e sua família. A atuação interdisciplinar, especialmente na unidade de terapia intensiva, envolve a integralidade do cuidado que surge a partir de um agir comunicativo entre duas ou mais pessoas, fortalecendo os momentos de interação durante o trabalho (ALITI et al., 2007).

A integralidade do cuidado pressupõe a dimensão dialógica, visto que cuidar do outro requer pluralidade de saberes e demanda cuidado de uma equipe,

para além da realização de intervenções complexas, mas também, considerar as preferências do paciente, as condições e circunstâncias do atendimento etomar decisões clínicas conjuntas para seu maior benefício, por meio de argumentações e entendimento (PIROLO, 2011).

Assim, o cuidado interdisciplinar envolve o fazer ético, o acolhimento, a solidariedade, o pensamento crítico, reflexivo, dialógico. Deste modo, torna-se válido ressaltar a importância dos registros sistematizados nos prontuários do paciente como uma prática fundamental da comunicação para direcionar a melhor atenção ao paciente e reforçar o papel do enfermeiro junto à equipe interdisciplinar.

Embora os hospitais permitam a entrada dos familiares, a UTI representa para estes um local pouco acolhedor, frio e de grande sofrimento. Com esta presença cada vez mais marcante junto ao paciente na UTI, surgem produções na literatura acerca de questões como a comunicação mais efetiva no sentido de conduzir os familiares a tomadas de decisão com mais segurança e tranquilidade, até para discussão de prognósticos. No entanto, 50% das famílias não compreendem o prognóstico do paciente, levando a necessidades de intervenção por parte da equipe interdisciplinar frente a esta clientela (PIROLO, 2008). Desta forma, a equipe precisa estar capacitada e motivada a lidar com tais situações.

Dentre as principais necessidades dos familiares que acompanham a trajetória hospitalar do paciente crítico, Schettino et al. (2012), apontam que tem-se as carências de sentir que há esperança e que a equipe cuida do paciente, a de ter uma sala de espera perto do paciente para ser chamado se alguma mudança ocorrer na sua condição, saber o prognóstico, ter questões respondidas honestamente, poder estar com o paciente frequentemente e a necessidade de receber informações do paciente uma vez ao dia, sobre o progresso do paciente e de forma clara e compreensível.

A comunicação na unidade de terapia intensiva, junto aos familiares dos pacientes, é um fator importante no que diz respeito à qualidade e ao nível de satisfação da clientela, considerando especialmente a habilidade dos profissionais em discutir diagnósticos e compartilhar decisões (SCHETTINO et al., 2012).

Sugestões importantes foram citadas por Fumis (2012), para reuniões com os familiares e cuidadores destes pacientes, tais como: valorizar o que os familiares verbalizam; reconhecer emoções e sentimentos; saber ouvir; elaborar perguntas que permitam entender o paciente como pessoa; identificar situações conflitantes na família; rever a compreensão dos familiares acerca do diagnóstico, tratamento e prognóstico; tentar resolver conflitos entre médicos e dentro da equipe; repetir as informações sempre que necessário; ser acessível; promover empatia; dar informações claras e concretas sobre a consequência da doença; utilizar termos compreensíveis pela clientela; não ter divergências quanto aos cuidados que deverão ser estabelecidos; respeitar as preferências dos familiares; discutir sobre quais seriam os desejos do paciente caso ele não possa tomar decisões (PIROLO, 2008).

### *3.2.2 Planejamento da alta hospitalar no contexto da prática baseada em evidências*

O planejamento da alta hospitalar para o paciente com ICC, requer raciocínio crítico do enfermeiro. Deve ser realizado com base na investigação realizada durante a coleta de dados no período de internação em que incluam as limitações do paciente, da família, do cuidador, do ambiente, além, da investigação acerca dos recursos existentes objetivando proporcionar adequações necessárias à implementação e à coordenação do plano de cuidados (ANDRIETTA; MOREIRA; BARROS, 2011).

Este processo de reconhecimento da realidade global em que está inserido o paciente parece ser fundamental para a integração entre este, os cuidadores e pessoas responsáveis pelo atendimento, diminuindo, provavelmente, a não adesão e as reinternações.

Ao se pronunciarem sobre esse assunto, Andrietta, Moreira e Barros (2011), apontam a existência de estudos sobre a importância do conhecimento do sistema de classificação dos níveis de evidência, por proporcionar aos enfermeiros subsídios para análise crítica dos resultados das pesquisas e possibilitar a inclusão das evidências em sua prática clínica. Ressaltam ainda que as instruções de alta e

as habilidades do paciente para apreendê-las, devem constar nos registros de enfermagem.

O termo “prática baseada em evidências” (PBE) atribui-se ao emprego dos princípios baseados em evidências aos inúmeros fatores estudados pela prática de saúde (FUMIS, 2012).

É um termo que surge na década de 1990, em que Gordon Guyatt e o *Evidence Based Medicine Working Group* descreveram como um novo paradigma para a prática médica. Atualmente é atribuído a muitos modelos de práticas de saúde como a enfermagem baseada em evidências e a outras áreas. Apresenta-se com impacto positivo por ter características de pesquisa qualificada, com fonte de informação válida sobre determinado caso ou paciente ou, ainda, de uma determinada população em curto espaço de tempo, considerando outros tipos de estudos científicos. A PBE se fundamenta na epidemiologia clínica, estudo relativo à saúde e doença das populações e os seus resultados em geral, implicam em tomada de decisões (FUMIS, 2012).

Assim, a Enfermagem Baseada em Evidências (EBE) é caracterizada pela utilização de informações baseadas em pesquisas, junto ao conhecimento da sintomatologia, dos diagnósticos e preferências manifestadas pelo paciente, considerando o cenário em que se insere, desde o ambiente do cuidado até os recursos disponíveis. A cada pesquisa é informada a tomada de decisão, entretanto, cada enfermeiro ou equipe antes de fazer uso desta decisão clínica deve analisar sua aplicabilidade ao paciente em questão e, compreender que as evidências podem se modificar com o surgimento de novas pesquisas (CULLUM et al., 2010).

A EBE, então, deverá ser uma prática cada vez mais presente no cotidiano do enfermeiro, haja vista que a demanda por cuidados de saúde de qualidade aliada às questões que envolvem o conhecimento amplo da epidemiologia clínica, podendo ser ofertado com maior segurança, é crescente (CULLUM et al., 2010). A figura 1 representa os componentes imprescindíveis para a decisão de enfermagem baseada em evidências.



**FIGURA 1** – Componentes da decisão de enfermagem baseada em evidências (CULLUM et al., 2010).

### 3.3 Tecnologia em saúde

O estudo de Pedrolo (2010) revela que conforme a lei nº 10.973/2004 que dispõe sobre incentivo à inovação no Brasil, mediante o desenvolvimento de pesquisa científica e tecnológica a palavra "inovação" é definida como a "introdução de novidade ou aperfeiçoamento no ambiente produtivo ou social que resulte em novos produtos, processos ou serviços". Mas, associada à palavra "tecnologia", passa a ser denominada "inovação tecnológica", assim definida segundo o § 1º do artigo 17, como "concepção de novo produto ou processo de fabricação, bem como a agregação de novas funcionalidades ou características ao produto ou processo que implique melhorias incrementais e efetivo ganho de qualidade ou produtividade".

Segundo a Portaria Nº 2.510 do Ministério da Saúde, por meio da Secretaria da Ciência e Tecnologia, o termo tecnologia em saúde compreende medicamentos, equipamentos e procedimentos, sistemas organizacionais, educacionais de informação e de suporte, assim como programas e protocolos assistenciais que podem fundamentar a atenção e os cuidados à saúde de uma população (PEDROLO et al., 2010).

A tecnologia na enfermagem, de acordo com o estudo de Meier (2004) envolve uma associação de conhecimentos (científicos e empíricos) por meio de sistematização, em um processo de inovação permanente, visando a qualidade de

vida traduzindo-se no cuidar. Nesse sentido, Pedrolo et al. (2010) passam a inferir que a tecnologia em enfermagem transcende a teoria e a técnica por envolver saberes que alçam patamares além da metodologia e dos processos que conduzem ao cuidado, objeto do trabalho do enfermeiro. Assim, a tecnologia em enfermagem requer um fazer com qualidade agregado ao processo crítico, reflexivo, analítico e interpretativo, imprescindível ao desenvolvimento e a organização do processo de trabalho em quaisquer das suas fases.

O estudo de Merhy e Onocko (2006) corrobora com esse pensamento; revelam que na enfermagem, as tecnologias se revertem em uma série de conhecimentos científicos ou empíricos e obedecem a uma sistematização e constante inovação, visando a melhor qualidade de vida, concretizando-se a partir da prática do cuidado.

Em conformidade com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), Merhy (2002) e Cullum et al. (2010), as tecnologias podem seguir a seguinte classificação:

- Leve: Compreende as relações que promovem produção de acolhimento, vínculo entre trabalhador e saúde e usuário;
- Leve-dura: Envolve saberes bem organizados incluídos no processo de trabalho em saúde, em que a “dureza” dessa tecnologia pesa mais sobre os objetivos do cuidado e a “leveza”, tem relação direta com a aplicação do raciocínio clínico relacionado com a pessoa que recebe os cuidados; A tecnologia em saúde provém de pesquisas que permitem a produção de conhecimento científico, podendo ser aplicado na prática.
- Dura: Inclui os equipamentos tecnológicos, máquinas e a própria estrutura organizacional.

Como ferramentas tecnológicas facilitadoras do cuidado científico, a enfermagem conta com os protocolos, identificados como tecnologia leve-dura e definidos como instrumentos que detalham as operações devidamente especificadas acerca do que deve ser realizado, do sujeito que realiza e, da forma como ocorre este cuidado. Desse modo, os profissionais são direcionados ao cuidado com vistas à prevenção, recuperação e reabilitação da condição de saúde. Assim como podem

ser planejadas atividades sociais, farmacológicas, intervenções emocionais de enfermagem ou compartilhada com outros profissionais (MÉIER, 2004).

Os protocolos são definidos por algoritmos em que são padronizadas etapas de um processo de trabalho a fim de uniformizar resultados; em matemática, entende-se algoritmo como um processo de resolução de problemas similares com regras determinadas, sem restrições para se conseguir o mesmo resultado (PIMENTA et al., 2014).

Por sua complexidade, o cuidado de enfermagem ao paciente com ICC enfrenta desafios importantes. Entre outras situações, o quantitativo de diagnósticos e intervenções de enfermagem reforçam a necessidade da inclusão de estratégias condizentes com as constantes avaliações, ajustes e inovações para a melhor prática destinada a esta clientela.

Para a construção de protocolos assistenciais o enfermeiro deve seguir os princípios legais e éticos da profissão, assim como as normas do sistema de saúde nas esferas federal, estaduais, municipais e da unidade de saúde em que serão implantados (SILVA; VIEIRA, 2013).

## *Referencial Teórico*



*“Todo valor, de onde quer que venha, é apreciado como valor e deverá ajudar na formulação de um modelo de vida que possa ser vivido e tenha a chance de levar a história adiante e dar sentido à vida”.*

*Leonardo Boff*



## 4 REFERENCIAL TEÓRICO

O estudo relacionado ao uso de teorias, na disciplina de Enfermagem pode ser utilizado com o objetivo de gerar ou testar uma teoria, ou, como marco conceitual para direcioná-lo. No entanto, a origem da teoria destinada ao uso em determinado estudo, pode ser exclusiva da Enfermagem ou “emprestada” de outra disciplina. Nas duas condições, a base teórica precisa estar explícita e apropriada e responder às questões e aos aspectos importantes da prática. Assim, a pesquisa ancorada em um referencial teórico proporciona uma base sólida de conhecimento para a Enfermagem (PIMENTA et al., 2014; McEWEN; WILLS, 2009).

O referencial teórico proposto para direcionar este estudo é denominado Psicometria, área da Psicologia que fundamenta medidas em ciências sociais, considerada como preparo epistemológico de instrumentos psicológicos de uso comum, utilizados em pesquisas científicas (BORGES, 2012). É uma teoria que subjaz os princípios de aferição e fundamenta a aplicação de medição (POLIT; BECK, 2011), a aplicação da Psicometria nesse estudo nasceu das obras do teórico Luiz Pasquali.

### 4.1 Sobre Luiz Pasquali

Luiz Pasquali nasceu em Gaurama, Rio Grande do Sul (RS), em 1933. Em Roma, no ano de 1962, completou o curso de Teologia na Universidade de Latrão. Em 1967, concluiu o curso de Mestrado em Psicologia pela *Faculté de Psychologie et des Sciences de L'éducat* da Universidade Católica de Louvain. (Bélgica) e, na década 1970, o Doutorado em Psicologia na mesma faculdade (BORGES, 2012).

Nesta mesma década, exerceu a docência junto a esta faculdade e ao Departamento de Psicologia da Universidade de Gran Villey, no estado de Michigan, Estados Unidos, na qual ministrava aulas nas disciplinas de Introdução à Psicologia e Higiene Mental. Obteve o vínculo de professor na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, em 1973. E, a partir de 1975, após ser vinculado ao Departamento de Psicologia da Universidade de Brasília, dedicou-se inteiramente à

Psicologia, com ênfase na melhoria da efetividade dos testes psicológicos (PASQUALI, 2007).

Fundou o Laboratório de Psicologia Avaliação e Medidas (LABPAM) no Instituto de Psicologia em 1987, com a finalidade de realizar procedimentos de análise fatorial e validação, do primeiro de uma série de testes psicológicos validados pelo LABPAM: o Inventário Fatorial de Personalidade (IFP), uma das primeiras validações de teste psicológico no Brasil.

Já em 1997, fundou o Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica (IBAP) que congrega pesquisadores voltados para a construção de medidas e instrumental psicológico no país. Em 2002, fundou a Revista de Avaliação Psicológica, publicação destinada a divulgar artigos sobre validação e mensuração psicológica e a fomentar a pesquisa e a teorização sobre Psicometria no Brasil. Em 2006, recebeu a outorga de Professor Emérito da Universidade de Brasília (PASQUALI, 2007).

Luiz Pasquali publicou até 2012, 27 livros dos quais alguns abordam a teoria psicométrica: “Teoria e métodos de medida em ciências do comportamento” (1996), “Psicometria: Teoria e aplicações” (1997), “Instrumentos psicológicos: Manual prático de elaboração” (1999), “Psicometria: Teoria dos testes na psicologia e na educação” (2003), “Análise Fatorial para Pesquisadores” (2005), “TRI - Teoria de Resposta ao Item: Teoria, Procedimentos e Aplicações” em 2007 (BORGES, 2012).

Dessa forma, o exposto fundamenta a trajetória do Doutor Luiz Pasquali e torna inquestionável a sua importância para a Psicometria, sendo um influente teórico da área no Brasil.

## **4.2 Psicometria**

A Psicometria define o percurso metodológico necessário para o desenvolvimento de uma ferramenta de medição com qualidades psicométricas válidas para o que se espera (POLIT; BECK, 2011; PASQUALI, 2003). Entendendo como qualidades psicométricas as propriedades que podem embasar, padronizar, e aferir o instrumento em estudo. Assim, a melhor qualidade de um instrumento de avaliação é determinada por variáveis (propriedades psicométricas) tais como a

validade e a confiabilidade; a validade pode ser definida como a capacidade que um instrumento possui de medir com precisão o fenômeno a ser estudado. A confiabilidade pode ser caracterizada como a capacidade de um instrumento medir fielmente um fenômeno (PILATTI; PEDROSO; GUTIERREZ, 2010).

Há dois ramos da Psicometria, provenientes de sua evolução histórica. O primeiro é fundamentado na Teoria Clássica dos Testes, em que os parâmetros envolvidos são os comportamentos. Este ramo define a qualidade dos testes psicológicos, ou seja, de como avaliar estímulos comportamentais (variáveis) que poderão ser observadas por meio de um critério, representado por comportamentos presentes ou futuros (realidade física) (PASQUALI; PRIMI, 2003; OLIVEIRA, 2011).

O outro ramo é fundamentado na Teoria da Resposta ao Item (TRI) em que, além do comportamento, entram processos definidos como “traços latentes” e define a qualidade dos testes (que são comportamentos ou variáveis observáveis) em função de um critério que não é comportamento, mas sim, variáveis hipotéticas (os traços latentes) (PASQUALI, 2007).

#### *4.2.1 Construção de instrumentos a partir da Psicometria*

A construção de um instrumento válido requer rigor metodológico, etapas bem definidas e procedimentos precisos (OLIVEIRA, 2011). O modelo proposto por Pasquali baseia-se em três grandes polos ou procedimentos: Procedimentos teóricos, procedimentos empíricos (experimentais) e procedimentos analíticos (estatísticos) (PASQUALI, 1998).

Este estudo será desenvolvido com base no polo teórico, que fundamenta a teoria, o empreendimento científico e a explicitação desta teoria, sobre o construto ou objeto psicológico que irá estruturar a ferramenta de medida e a operacionalização do construto em itens. O polo teórico explica a teoria do traço latente, os tipos, categorias e comportamentos que formam uma representação adequada do mesmo traço. Os procedimentos teóricos devem ser elaborados para cada instrumento, de acordo com a literatura atual sobre o construto que o instrumento propõe medir (PASQUALI, 2003). A figura 2 ilustra os passos de cada polo para a construção de instrumentos.

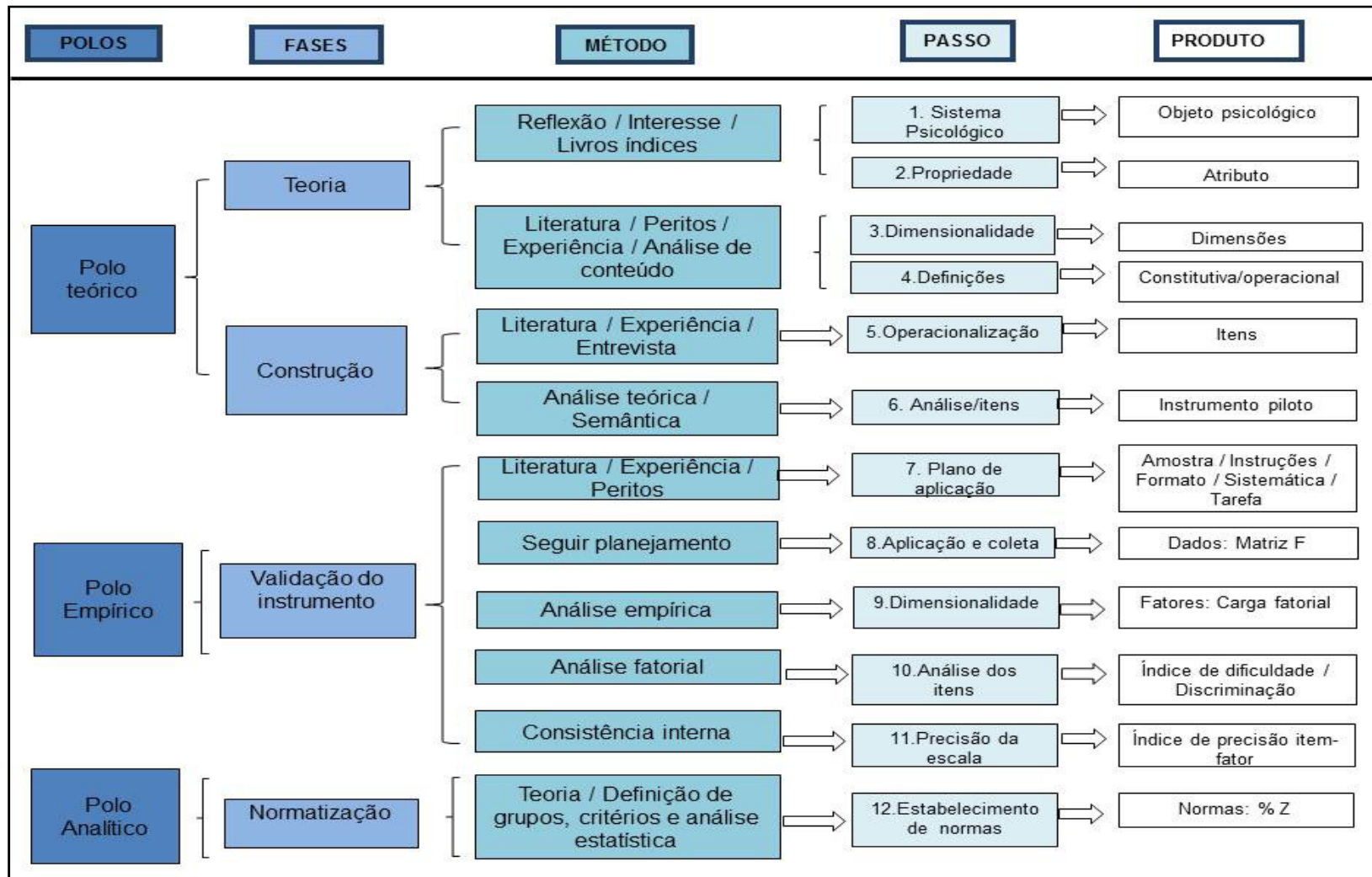


FIGURA 2 – Organograma para elaboração de medida psicológica (PASQUALI, 1998).

A obtenção dos produtos inerentes ao desenvolvimento das fases do polo teórico (teoria e construção) deve ser fundamentada nos passos (sistema psicológico, propriedade, dimensionalidade, definições, operacionalização e análise dos itens), comentados a seguir.

O primeiro passo busca na literatura evidências sobre o construto e a partir daí sistematizá-las de forma que possam fundamentar a construção de um instrumento para medir o próprio construto. O segundo passo requer o conhecimento da origem dos fatores que compõem o construto (atributo de interesse do estudo), o qual é produto da apropriação das evidências encontradas ou da teoria sobre o construto. O avanço neste procedimento teórico para o terceiro passo constitui o estabelecimento da dimensionalidade do construto. As evidências encontradas aqui, ou a teoria sobre o construto irão defini-lo como uni ou multifatorial, ou seja, se é composto por uma unidade semântica ou possui componentes distintos ou independentes. A partir da decisão acerca da dimensão dos construtos, o quarto passo exige as definições constitutivas e operacionais detalhadas, com base na literatura, nos peritos da área e na própria experiência, sendo, portanto, necessárias clareza e precisão relacionadas aos conceitos dos fatores constituintes do instrumento de medida, visto que daqui, resultarão as definições constitutivas e operacionais (PASQUALI, 1999).

A definição conceitual ou constitutiva representa e define quais os elementos que podem ser indicativos da existência do fenômeno; oferece uma variável ou conceito com significado conotativo (compreensivo, teórico), estabelecido por intermédio da análise de conceito, derivação de conceito ou síntese de conceito (BURNS; GROVE, 1995).

A definição constitutiva insere o construto na teoria deste, determinando os limites semânticos que ela possui no contexto da teoria da assertividade e que será utilizada para construir o instrumento de sua mensuração. Esta definição bem estabelecida permite a avaliação da qualidade do instrumento que determinará a amplitude semântica de um conceito, possibilitando a origem de melhores instrumentos (OLIVEIRA, 2011).

As definições operacionais dos construtos avançam das noções abstratas para o que é concreto (PASQUALI, 1999). Ocorre aqui, a fundamentação do que é empírico e do que é comportamental nos traços latentes(construtos). Estas definições devem realmente ter um cunho operacional, ou seja, deixar de apenas

compreender o construto, para assumir comportamento físico por meio do qual a operação se concretiza (OLIVEIRA, 2011).

A definição operacional é a definição de um conceito ou variável em termos de procedimentos pelos quais são medidos, para que se possam coletar as informações exigidas. Assim, o pesquisador define os termos e determina os passos a serem seguidos para a investigação dos dados, de forma que reproduzam o que significam no contexto do estudo (POLIT; BECK, 2011; OLIVEIRA, 2011). Esta definição deve ser abrangente de forma a traduzir comportamentos físicos concretos, por meio dos quais o construto, no caso o protocolo, se expressa (PASQUALI, 1999).

A literatura indica que não há definição operacional de um construto que cubra completamente o espaço semântico. No entanto, esta deve ser o mais abrangente possível, pois quanto maior a covariância entre o construto e esta definição, maior será a probabilidade de aumentar a qualidade da definição do construto e, por conseguinte, aumentar a chance de melhorar a qualidade do instrumento (PASQUALI, 1999; 2003).

A definição operacional de um construto pode ser representada em uma escala de 0 a 1, sendo “zero” quando não há nenhuma cobertura do construto e “um”, quando cobre 100% do espaço semântico. Como não há cobertura completa, deve ser garantida a sua maior abrangência e a maior cobertura do construto ocorrerá a partir da listagem e especificação bem definidas das categorias que expressam o comportamento (PASQUALI, 1999).

Com esta listagem completa, o passo seguinte será a expressão dessas categorias em unidades que serão aqui denominadas de itens, para que o instrumento piloto seja construído. É importante lembrar que este passo requer o estudo da literatura pertinente ao construto, bem como a opinião dos peritos na área, levando em conta a experiência do pesquisador e a análise de conteúdo do construto (PASQUALI, 1999).

No entanto, a elaboração e análise desses itens para chegar ao instrumento piloto que constitui o protocolo, segundo Pasquali (1999, 2003), deve seguir a observação de critérios psicométricos. O quadro 4 apresenta esses critérios.

**QUADRO 4**– Critérios psicométricos para elaboração de itens. Crato, 2015.

<b>CRITÉRIOS</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>
COMPORTAMENTAL	O item deve expressar um comportamento, não uma abstração ou construto. Deve poder permitir à pessoa uma ação clara e precisa, de sorte que se possa dizer a ela “vá e faça”.
SIMPLICIDADE	Um item deve expressar uma única ideia. Itens que introduzam explicações de termos ou oferecem razões ou justificativas são normalmente confusos porque introduzem ideias variadas e confundem o respondente.
CLAREZA	Deve ser inteligível até para o estrato mais baixo da população-meta; utilizar frases curtas, com expressões simples e inequívocas. Frases longas e negativas incorrem facilmente na falta de clareza. O linguajar típico da população-meta deve ser utilizado na formulação dos itens. Assim, são admissíveis e mais apropriadas expressões conhecidas por tal população, ainda que possam parecer linguisticamente menos castiças. A preocupação aqui é a compreensão das frases (que representam tarefas a serem entendidas e, se possível, resolvidas), não sua elegância artística.
RELEVÂNCIA	Pertinência, saturação, unidimensionalidade, correspondência; a expressão (frase) deve ser consistente com o traço (atributo, fator, propriedade psicológica) definido e com as outras frases que cobrem o mesmo atributo. Isto é, o item não deve insinuar atributo diferente do definido; o item deve expressar o atributo que realmente deseja medir.
PRECISÃO	O item deve possuir uma posição definida no contínuo do atributo e ser distinto dos demais itens que cobrem o mesmo contínuo. O item deve ser útil na medida do atributo.
MODALIDADE	Formular frases com expressões de reação modal, isto é, não utilizar expressões extremadas, como excelente, miserável, etc. A intensidade da reação da pessoa é dada na escala de resposta. Se o próprio item já vem apresentado em forma extremada, a resposta na escala de respostas já está viciada.
TIPICIDADE	Formar frases com expressões condizentes (típicas, próprias, inerentes) com o atributo.
OBJETIVIDADE OU DESEJABILIDADE	O item deve cobrir o conteúdo de fato, permitindo uma resposta certa ou errada. O respondente deve mostrar se conhece a resposta ou se é capaz de executar a tarefa proposta.
VARIEDADE	Não se devem usar os mesmos termos em todos os itens; as escalas devem ser formuladas com a metade dos itens em termos favoráveis e metade em termos desfavoráveis.
CREDIBILIDADE	O item deve ser formulado de modo que não apareça como ridículo, despropositado ou infantil.

Fonte: PASQUALI (1998;1999).

Ao final da elaboração da lista de itens, há de se observar os seguintes critérios, referentes ao conjunto dos itens, ou seja, o instrumento por completo (PASQUALI 1998).

- Critério da Amplitude: O conjunto dos itens referentes ao mesmo atributo deve cobrir toda a extensão da magnitude do contínuo desse atributo.
- Critério do Equilíbrio: Os itens do mesmo contínuo devem cobrir igual ou proporcionalmente todos os segmentos do contínuo devendo haver, portanto, itens fáceis, médios e difíceis (para todas as aptidões). De fato, os itens devem atribuir-se sobre o conjunto numa disposição que se assemelha à da curva normal, no qual a maior parte dos itens de dificuldade mediana e diminuindo progressivamente em direção às caudas (itens fáceis e itens difíceis em número menor).

Neste estudo, serão utilizados os critérios psicométricos de simplicidade, clareza, relevância, precisão e amplitude, por se adequarem ao desenvolvimento e validação do protocolo de cuidado de enfermagem ao paciente com ICC, em conformidade com o pressuposto de Pasquali (1998; 1999), obedecendo as regras para a construção dos itens, que dependem do construto a ser avaliado, no qual uns critérios se aplicam e outros não.



# *Materiais e métodos*



*“A história humana é feita pelos caminhos construídos que nada mais são senão as experiências bem feitas, acumuladas, codificadas, sistematizadas e propostas como orientações aos que entram na vida e se põem a caminhar. Tudo possui o seu método. Método em grego significa simplesmente caminho”.*

*Leonardo Boff*

## 5 MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo apresenta como base uma pesquisa metodológica, com vistas à construção de uma tecnologia leve-dura, resultante do processo de pesquisa no contexto de um protocolo de cuidado de enfermagem ao paciente com insuficiência cardíaca crônica a ser utilizado em unidade de terapia intensiva.

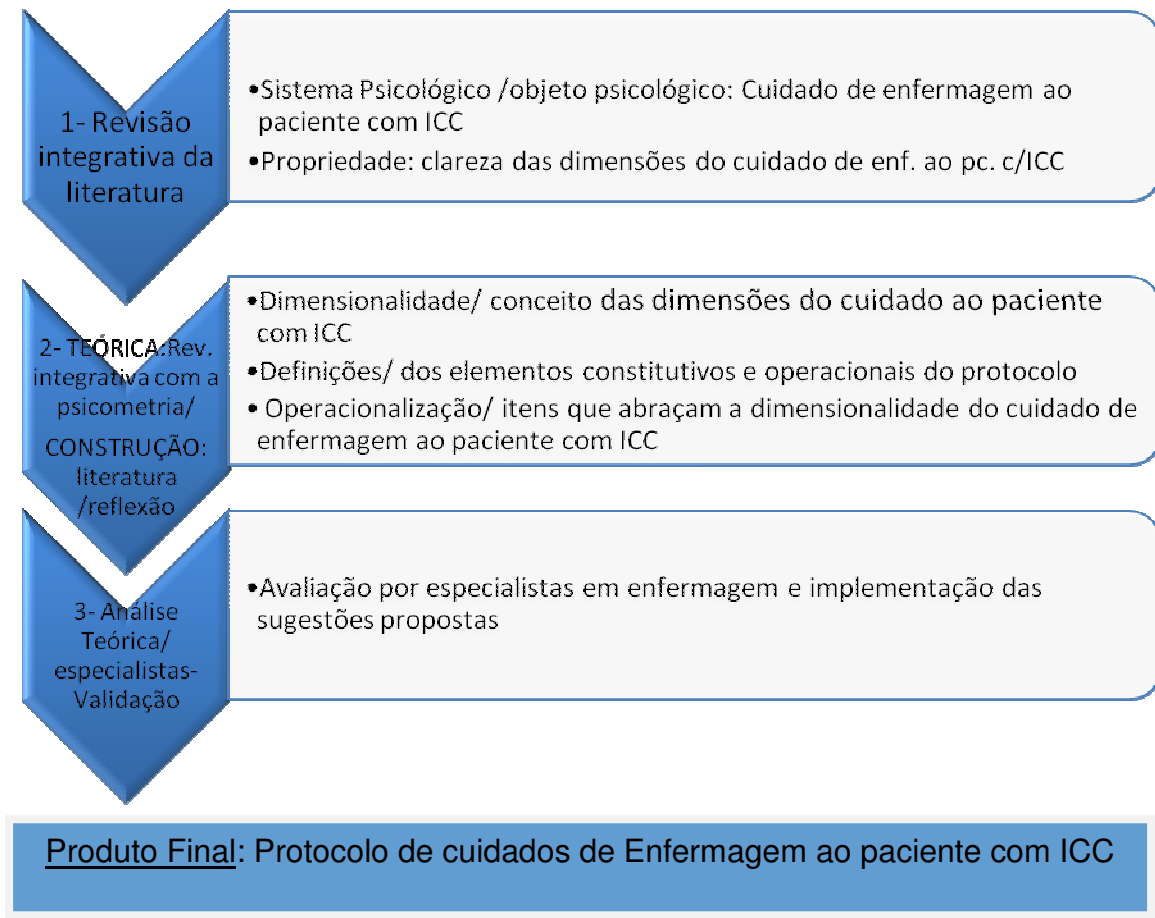
Este tipo de estudo envolve a construção de instrumentos de captação da realidade associados a caminhos e procedimentos para obtenção e organização de dados que conduzem a pesquisa com métodos e critérios para alcançar um determinado fim (MORESI, 2003).

Dessa forma, os estudos metodológicos têm por objetivo desenvolver, validar e avaliar ferramentas e métodos de pesquisa. A maioria destes estudos segue a tendência não experimental e apresentam foco no desenvolvimento de novos instrumentos (POLIT; BECK, 2011).

A construção e a validação do instrumento em estudo foram norteadas pelos estudos desenvolvidos por Pasquali (1998; 1999; 2003; 2007), a partir de fases constituídas pelos polos teórico, empírico e analítico.

Entretanto, este estudo está restrito ao polo teórico, nas fases delimitadas por Pasquali (1998), que correspondem a: 1) Fase teórica: Revisão integrativa da literatura (dimensões do cuidado de enfermagem ao paciente com ICC); 2) Fase de construção: Construção do instrumento a partir da literatura com base na Psicometria; e 3) Análise teórica/semântica pelos especialistas (validação de conteúdo do instrumento).

Como produto final, foi alcançado o protocolo de cuidados de enfermagem ao paciente com ICC.



**FIGURA 3** – Polo Teórico: Etapas metodológicas para elaboração do protocolo de cuidados de enfermagem a pacientes com ICC. Crato, 2015.

### 5.1 Fase 1: Revisão integrativa da literatura

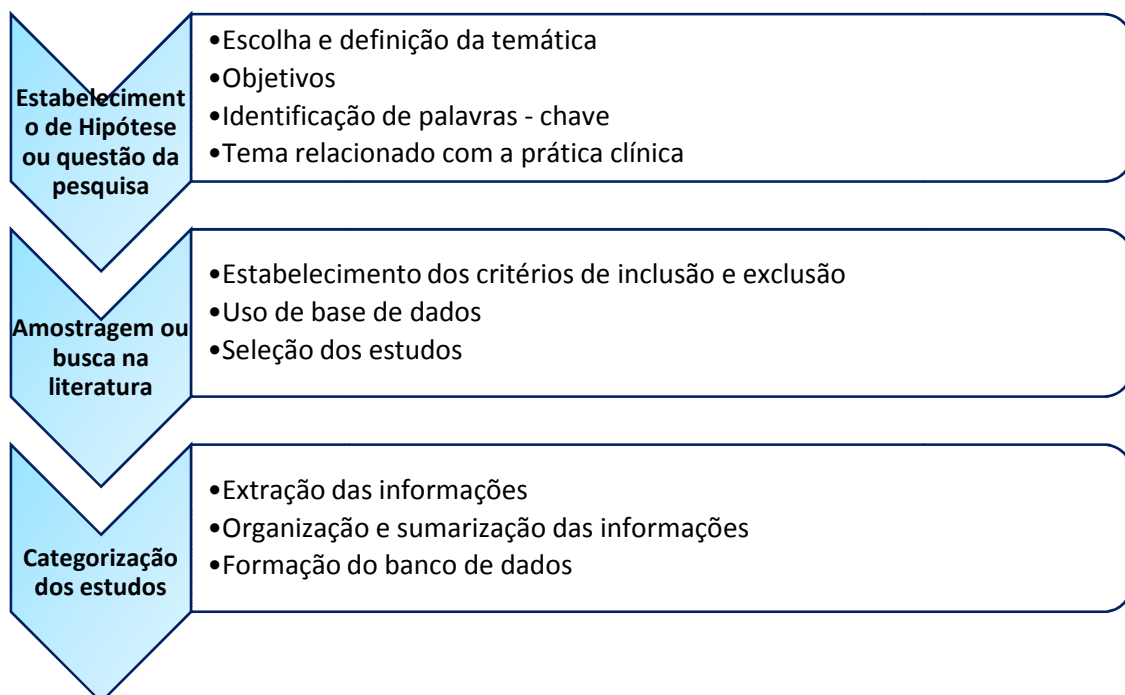
Esta etapa correspondeu à análise de conceitos, portanto, ao desenho de um segmento teórico do estudo no qual surgirá a explicação do que se espera das suas características e indicadores quando eles aparecem em determinado fenômeno (VITOR, 2010). Deste modo, esta etapa do estudo proporcionou, a partir de uma revisão integrativa da literatura, clareza das dimensões do cuidado de enfermagem ao paciente com ICC.

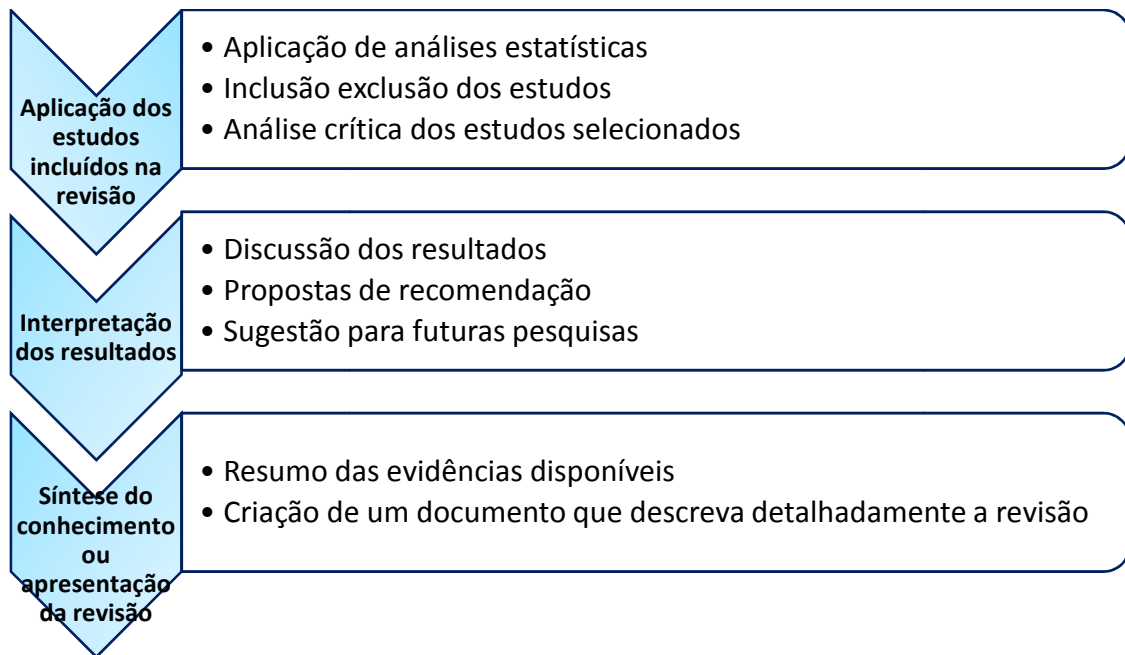
A revisão integrativa possibilitou a análise de conceito e a construção das prováveis definições conceituais e operacionais dos atributos adequados aos cuidados de enfermagem ao paciente com ICC. Segundo Viegas (2007), este tipo de revisão em geral traz uma nova concepção de uma temática, por oferecer

divergências, as possíveis explicações para estas, convergências ou ainda apresentar escassez de estudos sobre a área.

Sobre este tipo de estudo, Mendes, Silveira e Galvão (2008), corroboram afirmando ser uma importante estratégia de investigação dos resultados de pesquisa, proporcionando uma síntese de dados científicos relevantes da pesquisa em questão e, a partir daí a construção de tecnologias.

Diante do que foi exposto, o estudo foi norteado pela revisão integrativa da literatura que contou com variáveis, suas características e indicadores considerados adequados ou não à clientela do estudo, bem como às definições conceituais e operacionais existentes. Para o desenvolvimento desse processo integrativo, foram sistematizados passos norteados pelo fluxograma (Figura 3) desenvolvido por Mendes, Silveira e Galvão (2008).





**FIGURA 4** – Etapas para elaboração da revisão integrativa. Crato, 2015.

A forma de seguimento dessas etapas estão detalhadas a seguir:

#### 5.1.1 Pergunta norteadora da revisão integrativa

Para guiar a síntese do conhecimento proposto por esta revisão formulou-se a seguinte pergunta: Quais indicadores a literatura traz para a construção de um protocolo de cuidados à pessoa com ICC?

#### 5.1.2 Levantamento de dados

Ocorreu no período de junho a julho de 2014 por meio de acesso eletrônico à Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

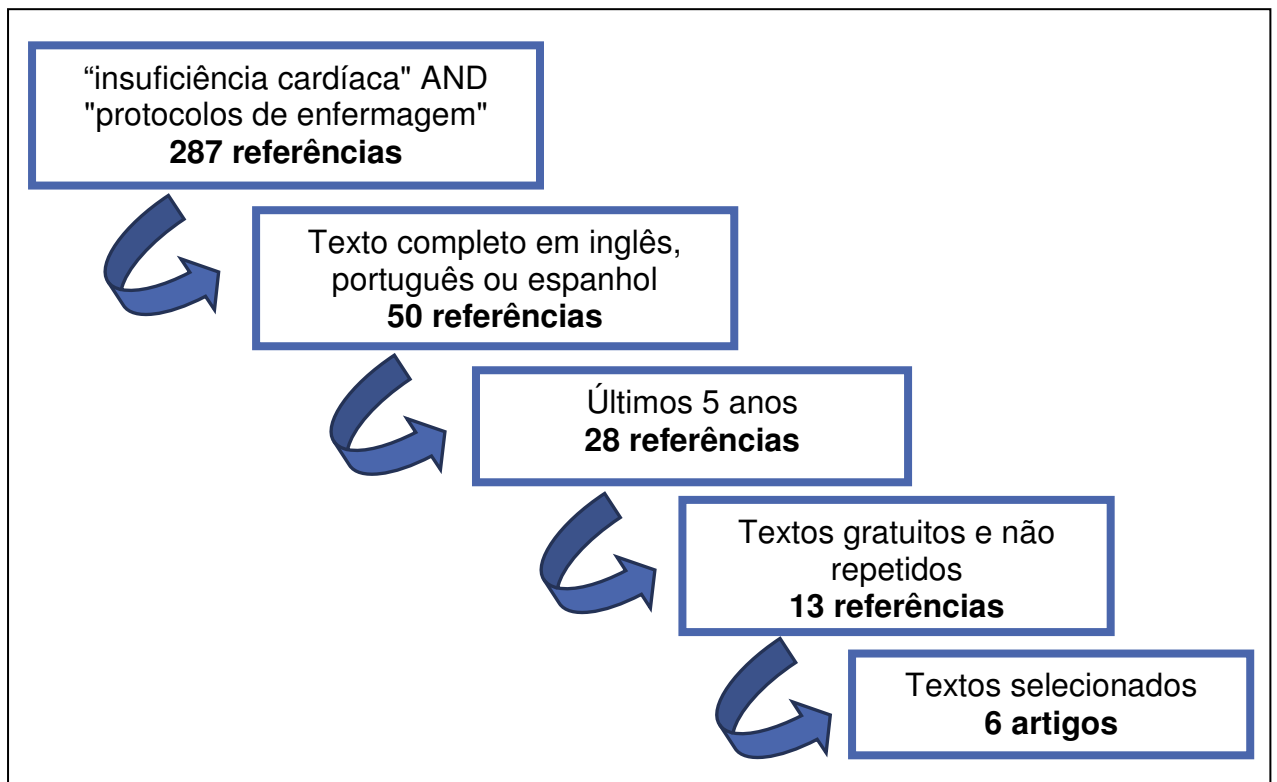
Para a realização da busca pelos estudos foram utilizados os Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) “insuficiência cardíaca” e “avaliação em enfermagem”, acrescidos da palavra-chave “protocolos de enfermagem”, combinados entre si utilizando-se o operador booleano “AND”, para direcionar melhor a pesquisa.

### 5.1.3 Seleção dos estudos (amostra)

Para a seleção dos estudos, eles deveriam obedecer aos seguintes critérios de inclusão: Abordar o tema avaliação e/ou protocolos de enfermagem relacionados à insuficiência cardíaca; Ser texto completo disponível gratuitamente; Estar publicado nos idiomas inglês, português ou espanhol; Ter sido publicado no período de 2009 a 2013; Ser indexado em base de dados. Como critério de exclusão traçou-se: Ser editorial ou carta ao editor.

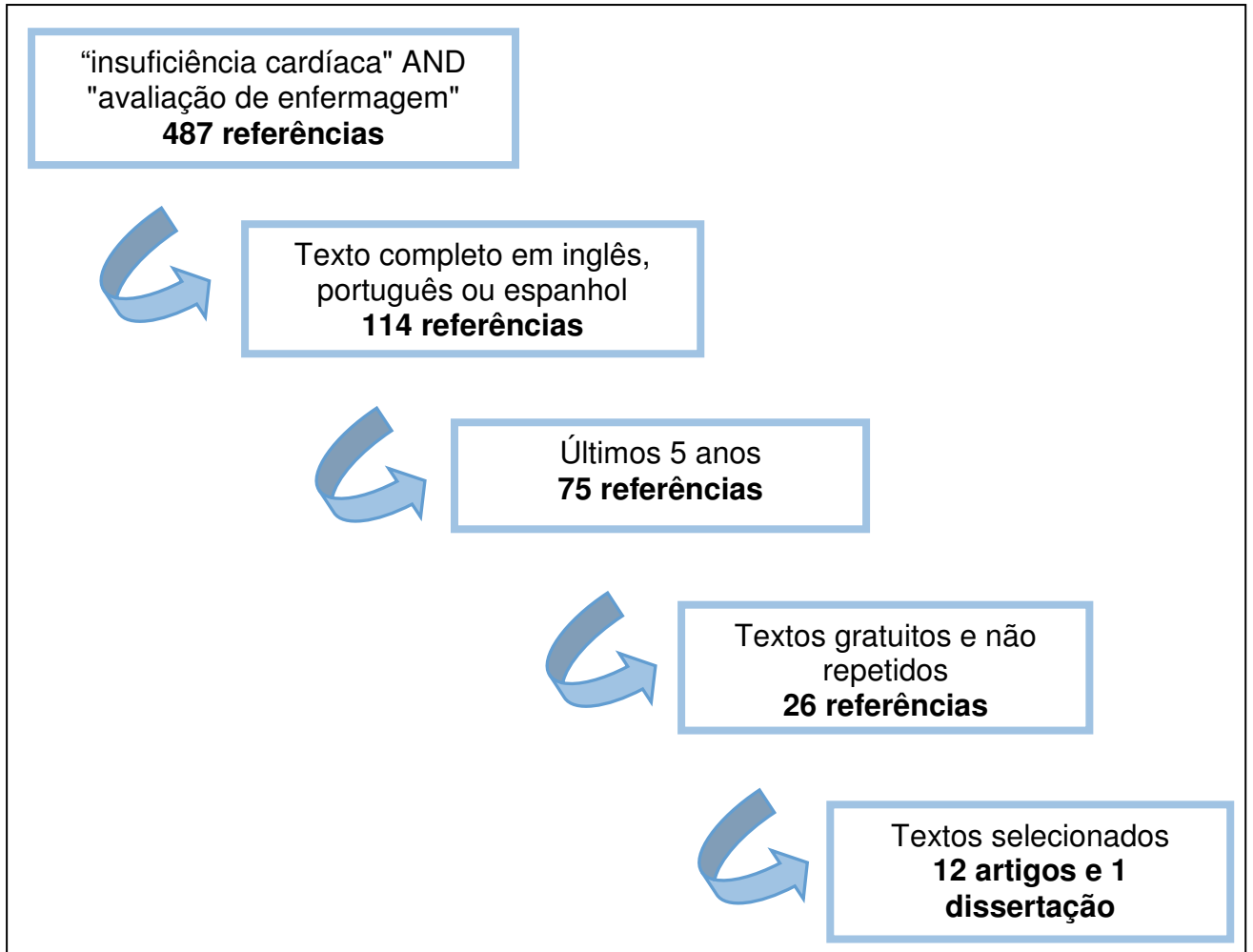
Ao acessar o sítio eletrônico da BVS, foram realizadas três buscas, combinando-se os descritores, como se explica a seguir:

A primeira combinação ocorreu com o descritor “insuficiência cardíaca” acrescido do operador booleano AND e a palavra chave “protocolos de enfermagem”, resultando na identificação de 287 referências. Aplicados os critérios de inclusão e excluindo-se as referências repetidas, apenas seis abordavam a temática a ser estudada, como mostra o diagrama a seguir:



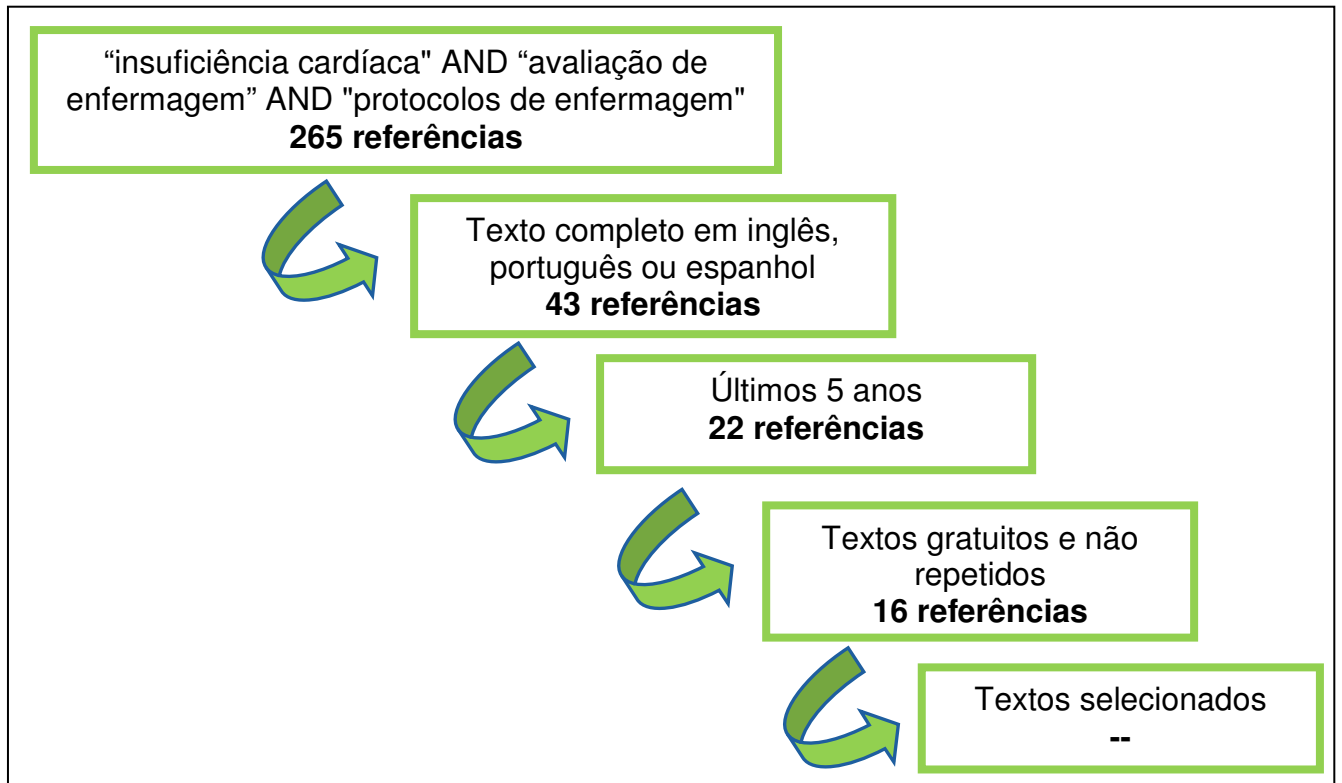
**FIGURA 5** – Diagrama do processo de seleção dos estudos a partir do primeiro cruzamento. Crato, 2014.

A segunda combinação foi com a utilização dos descritores “insuficiência cardíaca” e “avaliação em enfermagem”, na qual se identificou 487 referências. Após análise, 13 foram selecionadas por apresentarem envolvimento com a temática pretendida, obedecendo a todos os critérios traçados.



**FIGURA 6** – Diagrama do processo de seleção dos estudos a partir do segundo cruzamento. Crato, 2014.

A terceira combinação foi realizada a partir do cruzamento dos dois descritores e a palavra chave, encontrando-se 265 referências. No entanto, nenhum dos estudos foi selecionado, pois todos já tinham sido identificados e incluídos nas duas buscas anteriores.



**FIGURA 7** – Diagrama do processo de seleção dos estudos a partir do terceiro cruzamento. Crato, 2014.

Dessa forma, somando-se os resultados das três buscas realizadas (6 + 13 + 0), tem-se o total de 18 artigos e uma dissertação, que foram analisados em profundidade para a construção do corpo de conhecimentos desta revisão.

#### 5.1.4 Definição das informações/categorização dos estudos.

Para a construção de uma tecnologia leve-dura como o protocolo ao qual este estudo se propõe, é fundamental que haja um aprofundamento da leitura de todos os achados e a síntese textual destes, além de uma diagramação, conforme as recomendações da literatura vigente.

Esses indicadores encontrados na revisão integrativa foram contemplados como resultados parciais. O esclarecimento das dimensões do cuidado de enfermagem ao paciente com ICC, propiciado pela análise da revisão integrativa, permitiu seguir os passos propostos por Pasquali (1998), para a elaboração do instrumento que abriga cada uma das possíveis definições conceituais.



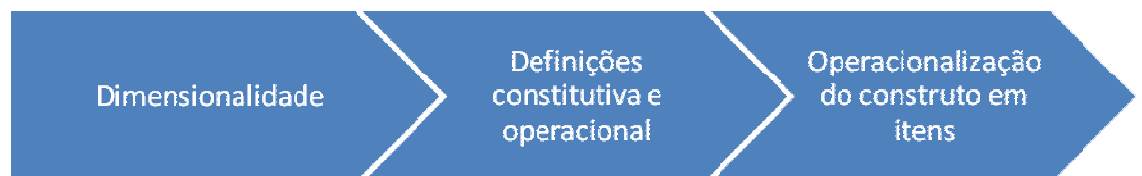
## 5.2 Fase 2: Fase de construção

A segunda fase abarcou a construção das definições constitutivas e operacionais dos elementos do protocolo de cuidados de enfermagem ao paciente com ICC, a partir dos resultados mais apurados da revisão integrativa (as características definidoras e os fatores relacionados ao protocolo), com base na Psicometria. Segundo Pasquali (2003), a estrutura interna e semântica a qual trata do conceito mais geral que é a dimensionalidade, possibilita a origem das definições constitutivas e operacionais, culminando com a elucidação dos itens do instrumento piloto, finalizando esta etapa.

Dada a dimensionalidade sobre o construto (ICC) e os dados empíricos evidenciados a respeito desta síndrome clínica, seguindo o pensamento proposto pela Psicometria, vem a necessidade de clareza sobre os fatores relacionados à ICC, conseguidos a partir das definições constitutiva e operacional. A definição constitutiva dos itens foi baseada em termos de outros conceitos, de realidades abstratas em que tal realidade se encontra. Portanto, uma boa definição constitutiva, situa o construto e propicia a clareza dos seus próprios limites, facilitando a avaliação do instrumento de medida do construto acerca da sua cobertura semântica (PASQUALI, 2003).

Já as definições operacionais seguiram não mais as definições de outros construtos, mas o que há de concreto e mais abrangente neste construto, sendo possível definir a passagem do abstrato para o concreto e expressar o comportamento físico do construto, possibilitando a construção dos itens, que corresponde à operacionalização do atributo em comportamentos (BALAN, 2008; PASQUALI, 2007).

Nesse processo de seleção dos itens, sua elaboração e definição ocorreram em função das definições operacionais do construto, devidamente analisadas e fundamentadas nas evidências disponíveis e não, aleatoriamente.



**FIGURA 8** – Fluxo dos conceitos do polo teórico para a construção de instrumentos de medida. Crato, 2015.

FONTE: BORGES (2012).

A partir desse levantamento, foi desenvolvido o instrumento contemplando cada uma destas definições e só então, foi finalizada a segunda fase da pesquisa, com o encaminhamento deste material para os especialistas em cuidado de enfermagem à pessoa com ICC.

### **5.3 Fase 3: Validação por especialistas**

A validação do conteúdo ocorreu por meio de peritos (ou especialistas). Nesta etapa, transcorreu o processo de seleção e definição dos elementos constitutivos do protocolo e a validação do conteúdo construído. Segundo Pasquali (2003), esta fase determina as definições conceituais e operacionais com representação exata do que se deseja mensurar e, os itens, deverão estar relacionados aos seus objetivos com todo o conteúdo amplamente expresso.

Sobre estudos de validação por especialistas, Hoskins (1989) comenta que estes profissionais devem ser profundos conhecedores da temática proposta para validação, assim como, ter domínio acerca da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Para Lacerda (2002), o profissional especialista deve ser aquele cujo desempenho de sua disciplina seja dotado de intuição, conhecimento, habilidades psicomotoras, especialização clínica e, portanto, alcançou excelente desempenho em sua disciplina.

Neste sentido, esta etapa corresponde à fase do estudo em que os especialistas em cuidados clínicos ao paciente em UTI, julgaram quais itens representam cada indicador. Os especialistas apreciaram os itens conforme os critérios psicométricos de Pasquali (1999) comentados anteriormente, elencados para esse estudo.

Cada item foi avaliado pelos especialistas sob os critérios de simplicidade, clareza, relevância, precisão e ao final, amplitude. As notas foram atribuídas correspondendo aos seguintes dados:

-1	Para critério não atendido, ou seja, item não adequado
0	Para indecisão quanto à adequação do item
+1	Para critério atendido, ou seja, item adequado

Sendo assim, cada expressão adequada tornou-se consistente com o seu respectivo item. Além disso, a concordância em percentual da adequação desses itens ao cuidado de enfermagem (representatividade) definiu e validou cada item do instrumento.

Para a análise dos itens conforme os critérios psicométricos, foi construída uma planilha com as notas atribuídas por cada especialista. A seguir foi efetuada a média aritmética de cada critério, por meio da somatória das notas do item dividida pelo número de especialistas.

### *5.3.1 Participantes do estudo: Os especialistas*

Conforme o sistema de pontuação para seleção de enfermeiros especialistas, adaptado daquele desenvolvido por Fehring (1994), estes deveriam obter uma pontuação de no mínimo cinco pontos para serem incluídos como participantes da avaliação.

Visando abranger especialistas na área clínica do estudo, optou-se por adaptar esses critérios, conforme o quadro 5 a seguir. Outrossim, enfatizamos a preferência pela participação dos enfermeiros especialistas da região do Cariri, com experiência na área de cuidados às pessoas com ICC.

**QUADRO 5** – Sistema de pontuação de especialistas adaptado do modelo de validação de conteúdo de Fehring. Crato, 2015.

<b>Crêterios Fehring (1994)</b>	<b>Pontos</b>	<b>Crêterios adaptados</b>	<b>Pontos Adaptados</b>
Mestre em enfermagem	4	Mestre em Enfermagem	2
Mestre em enfermagem – disserta�o de conteúdo relevante na área clínica	1	Mestre com disserta�o de conteúdo relevante na área clínica do estudo	2
Pesquisa com publica�o na área de Diagnósticos	2	Pesquisa com publica�o na área clínica do estudo	1
Artigo publicado na área de diagnósticos em um periódico de referência	2	Artigo publicado na área clínica do estudo em periódicos B2 ou +	2
Doutorado em enfermagem	2	Doutor em Enfermagem	2
Prática clínica de pelo menos um ano de dura�o na área de enfermagem em clínica médica	1	Prática clínica de pelo menos três anos na área clínica do estudo	3
Certificado em área clínica Médica com comprovada prática clínica	2	Certificado de especializa�o na área de cardiologia, UTI, ou áreas afins	2
Pontua�o máxima	14	Pontua�o máxima	14

O critério de exclusão foi apoiado no tempo de trabalho, no qual o enfermeiro não poderia estar a mais de cinco anos em ausência de seu trabalho clínicos em UTI e/ou que tenha mudado sua área de atua o.

### *5.3.2 Coleta de dados da terceira fase*

Os especialistas foram selecionados por intencionalidade, por meio da escolha dos profissionais da região inseridos nos critérios de inclusão já mencionados no estudo. A partir do primeiro contato informal por e-mail, a nove especialistas, solicitando sua participa o no estudo e da confirma o de oito deles, foi enviada uma carta convite relatando os objetivos do estudo, a metodologia e a fun o do especialista neste estudo, assim como todas as instru es para a avalia o na etapa na qual estariam inseridos.

Os oito especialistas aceitaram formalmente ao convite, recebendo o material e devolvendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado também por e-mail. No entanto, a espera pela devolu o dos instrumentos avaliados, que estava prevista para 20 dias, se prolongou além do esperado e a

dificuldade na continuidade da comunicação com três dos participantes, resultou na devolução de apenas cinco instrumentos devidamente respondidos.

O instrumento foi construído em formato de protocolo, obedecendo às fontes encontradas na literatura pesquisada. Além disso, foram enviadas as instruções aos especialistas, contendo os indicadores, dimensões, definições constitutivas, definições operacionais e itens assim como o modo de responder aos instrumentos. Cada item foi analisado individualmente.

#### **5.4 Aspectos éticos**

O estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Regional do Cariri, em concordância com as determinações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013), que define as diretrizes e normas que regem as pesquisas envolvendo seres humanos.

Em novembro de 2014 houve a aprovação para o desenvolvimento da pesquisa, de acordo com o parecer N° 902.871 (ANEXO A).

Ressalta-se que todas as etapas do estudo obedeceram aos princípios fundamentais da bioética inerentes à autonomia, beneficência, não maledicência e justiça e os especialistas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

# *Fase 1*

## *Revisão integrativa da literatura*



*“A dimensão da vida como caminho revela que o ser humano é essencialmente viator, um viajero. Não possui ainda a vida em plenitude. Não acabou de nascer. Cumpre andar sempre até acabar de chegar a si mesmo. Parar já é recuar. Nem lhe é permitido descansar. Para entrar na terra prometida onde vigora a vida sem lacerações, tem que percorrer bem o caminho do bem pensar, do bem fazer e do bem esperar, largar a pátria passageira, fazer permanentemente uma experiência abraâmica e demandar o paraíso. É para lá que os caminhos dos mestres visam conduzir”.*

*Leonardo Boff*

## 6 FASE 1: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Este capítulo inclui o resultado da revisão integrativa (RI) da literatura, em que foram analisados 19 estudos com características inerentes ao processo de cuidar de pessoas com ICC. A seguir, tem-se a descrição detalhada desses estudos, o que aponta o crescente interesse dos autores em discutir subsídios para melhorar a qualidade de vida de pessoas com ICC, por meio de cuidados clínicos e práticas educativas em saúde.

### 6.1 Caracterização dos estudos avaliados

A maioria dos estudos publicados (57,9%) teve origem nos Estados Unidos, fato esperado, haja vista que os números mostram a grande prevalência de morbimortalidade em pessoas com ICC naquele país, resultando em ônus financeiro e social muito pesados ao Estado e à população de modo geral. A segunda fonte de publicações foi do Brasil (42,1%), evidenciando o avanço das pesquisas voltadas para a insuficiência cardíaca no país, principalmente no que diz respeito à preocupação com os cuidados clínicos de enfermagem à clientela em estudo. O período de publicações ocorreu entre 2009 e 2013.

Abaixo, segue o quadro 6 com a descrição dos estudos:

**QUADRO 6** – Caracterização dos estudos da revisão integrativa sobre cuidado de enfermagem à pessoa com ICC. Crato, 2014.

<b>Autoria e base de dados</b>	<b>Tipo de estudo</b>	<b>População e cenário</b>	<b>Principais resultados</b>
ARAÚJO; NÓBREGA; GARCIA, 2013.  LILACS	Pesquisa metodológica de construção de catálogo de cuidados especializados de enfermagem	Estudo documental desenvolvido no Centro CIPE® do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba	Foram identificados 53 termos como relevantes para a atenção à pessoa com ICC. Os mais recorrentes foram na taquicardia, dispnéia, edema e congestão. A partir daí foram elaboradas 66 afirmativas de diagnóstico e intervenções de enfermagem a partir da CIPE®, visando ampliar o suporte à SAE e facilitar o uso do prontuário eletrônico.
MATOS et al., 2012.	Transversal com análise	36 pacientes portadores de ICC	Os resultados dos testes realizados apresentam

LILACS	documental retrospectiva	com índice cardíaco diminuído em hospital	frequências de índice cardíaco diminuído mais elevadas em indivíduos com ICC. Os autores recomendam a comparação dos julgamentos diagnósticos das enfermeiras com a adoção do teste do índice cardíaco para maior acurácia.
DOMINGUES et al., 2011. LILACS	Ensaio clínico randomizado	G1=48 pessoas com IC no hospital; GC=63 pessoas com IC domicílio por telefone	A intervenção educativa hospitalar beneficiou todos os pacientes com IC, em relação ao conhecimento da doença e autocuidado independente do contato telefônico após a alta.
RABELO et al., 2011. LILACS	Estudo metodológico de validação de instrumento	153 pacientes com IC em ambulatório hospitalar	O instrumento validado mostrou-se uma ferramenta adequada para avaliar o conhecimento de brasileiros sobre IC. Os autores sugerem aplicação em outras regiões do país para ampliar validação.
MOSER et al., 2009. MEDLINE	Estudo clínico randomizado	Três grupos: G1=3.396 pacientes com DAC; G2=513 pacientes com IAM; G3=146 pacientes com IC em Hospital	Os pacientes foram avaliados por meio do teste 8-CAS-R (Escala de Controle Atitudes), quanto ao controle percebido (CP) da sua doença. Este CP aumenta a habilidade para lidar com ameaças potenciais e reais do seu processo crônico.
RIEGEL et al., 2009. MEDLINE	Método misto de corte transversal	29 pessoas com diagnóstico de ICC há no mínimo 6 meses, menores de 73 anos versus maiores de 73 anos em ambulatório hospitalar	Avaliação do autocuidado por escores do Índice de Autocuidado de IC (SCHFI), mostra a gestão do autocuidado como melhor método para tomada de decisão por leigos e o alto controle da IC está associado ao nível mais alto de tomada de decisão.
FINI; CRUZ, 2009. LILACS	Revisão integrativa	15 pacientes em tratamento para ICC Em ambulatório hospitalar	A fadiga foi identificada como fator limitante das atividades da vida diária dos pacientes. A dispneia, os distúrbios do sono, fatores depressivos e o elevado índice de massa corporal foram as principais comorbidades associadas à fadiga desses pacientes.
HJELM et al., 2012. MEDLINE	Longitudinal prospectivo	702 pacientes octogenários com ICC em ambulatório hospitalar	Problemas espaciais e de memória episódica podem contribuir para a diminuição da adesão à terapia prescrita e o autocuidado. Dessa forma,



			deve-se possibilitar estratégias de educação do paciente com ICC e capacidade cognitiva reduzida, por meio de incentivo às habilidades cognitivas como, incentivo à socialização, interação e bem estar, a partir de atividades de lazer, de trabalho e relacionamento com os amigos.
RIEGEL et al., 2010. MEDLINE	Estudo transversal	29 pacientes com ICC em ambulatório hospitalar	A teoria de declínio relacionada à idade interfere na capacidade de atender a sintomas físicos internos. É necessário desenvolver intervenções que propiciem atenção somática e interpretação dos sintomas.
DELANEY; APOSTOLIDIS, 2010. MEDLINE	Ensaio clínico randomizado	Grupo de intervenção: 24 pacientes com ICC	A intervenção do treinamento sobre ICC melhorou significativamente a qualidade de vida das pessoas e houve tendência a diminuir readmissão hospitalar do grupo de intervenção.
ALLEN; DENNISO, 2010. MEDLINE	Revisão sistemática	----	As principais estratégias de intervenção para ICC identificadas foram educação e aconselhamento. Outros resultados significativos foram atividade física, ingestão alimentar, tabagismo e perda de peso.
SMEULDERS et al., 2010. MEDLINE	Ensaio clínico controlado randomizado	317 pacientes com ICC	Um grupo de pacientes recebeu cuidados usuais e exames ambulatoriais e o outro, além disso, participou de programa de autocuidado por 6 semanas. Não houve diferença significativa no autocuidado entre os grupos.
SAUER et al., 2010. MEDLINE	Estudo comparativo transversal	56 pacientes com ICC em hospital	Os enfermeiros com formação em clínicas de IC podem detectar congestão e avaliar o perfil hemodinâmico nos pacientes por meio da escala de sobrecarga de fluidos, beneficiando intervenções hospitalares precoces.
ANCHETA et al., 2009. MEDLINE	Ensaio clínico randomizado	92 pessoas com IC em hospital GC = 42 GI = 50 orientadas sobre BNP	O conhecimento clínico sobre B-Type Natriuretic (BNP) pelos pacientes como coadjuvante do seu tratamento está correlacionado com a sua

			melhor qualidade de vida.
BABB, 2009. MEDLINE	Estudo exploratório	1971 clientes no pós operatório de cirurgia cardíaca	Foram identificados fatores preditores independentes de alto risco para a ICC: idade >70, IAM recente, hipertensão, DAC, doença vascular periférica, DM, FE<40% urgência hipertensiva, gênero feminino e reoperações.
MARTINS et al., 2012. BDENF	Pesquisa metodológica	Revisão narrativa da literatura	A partir da elaboração e consenso por enfermeiros sobre definições conceituais e operacionais do DE Débito Cardíaco Diminuído, foram consolidadas 38 características definidoras
FEIJÓ, 2012. LILACS	Estudo metodológico para validação de face e conteúdo de algoritmo	34 pacientes com ICC em ambulatório hospitalar	O Algoritmo de Ajuste Diurético (AAD) permitirá o cuidado individualizado, uniformização de condutas, avaliação das ações implementadas e a garantia da segurança do paciente pela monitorização telefônica.
WATTS et al., 2009. MEDLINE	Estudo metodológico	Três equipes multidisciplinares em unidades ambulatoriais de saúde com atendimento para doenças crônicas específicas (DM, HAS, IC)	No mapeamento dos elementos do modelo liderado pela enfermeira junto às equipes multidisciplinares de atenção crônica (CCM), houve melhoria de qualidade do suporte ao autocuidado por grupo multidisciplinar, apoio à tomada de decisão com base nas diretrizes de doenças crônicas e sistema padronizado de visita.
RABELO et al., 2012. LILACS	Estudo de coorte multicêntrica	562 pessoas com idade >18 anos com ICC em três unidades de emergência	A principal causa de descompensação da IC foi a falta de adesão. Os sinais e sintomas identificados com maior frequência foram dispneia, dispneia paroxística noturna, fadiga e edema de membros inferiores. O cuidado não farmacológico prescrito mais observado foi a restrição de sal, seguido pelo controle da diurese.

Como exposto no quadro, observa-se uma variação nas temáticas dos estudos encontrados. A partir da análise acerca do delineamento desses estudos, foi percebido o aprofundamento sobre a temática de cuidados de enfermagem à pessoa

com insuficiência cardíaca, buscando subsidiar intervenções que diminuam os impactos negativos sobre esta síndrome, observado em estudos do tipo randomizados, longitudinais e transversais analíticos. Os outros estudos foram de validação, revisões integrativa ou sistemática e estudos qualitativos.

Quanto ao período de publicação, em 2009 foram identificadas seis publicações que versavam sobre o autocuidado, controle psicológico e qualidade de vida, além de estudos sobre fadiga e a exposição de indicadores de preditores da ICC. Em 2010, das cinco publicações identificadas, uma enfatizou estudo da autocapacidade de o paciente atender a sintomas físicos internos relacionada ao declínio da idade; três estudos abordaram a questão do desenvolvimento de estratégias de conhecimento acerca da ICC para melhorar a qualidade de vida e diminuir internações hospitalares e o outro estudo identificou o aconselhamento e a educação em saúde como melhores estratégias de intervenção para ICC nos ambientes intra e extra hospitalar.

As duas publicações do ano de 2011 trazem aspectos relacionados a intervenções educativas relativas ao conhecimento da doença e autocuidado, inclusive com validação de instrumentos para avaliar o conhecimento das pessoas com ICC acerca da doença. Já em 2012, as seis publicações identificadas trataram desde aspectos voltados à sistematização da assistência de enfermagem ao estudo de problemas espaciais e memória episódica como fatores preditivos da diminuição da adesão à terapia prescrita e o autocuidado na ICC. Um estudo apresentou a proposta de algoritmo para permitir o cuidado individualizado, uniformização de condutas, avaliação dos resultados das ações implementadas e a garantia da segurança do paciente por meio da monitorização por telefone.

No ano de 2013 foi identificada apenas uma publicação que confirmou que a observação empírica aliada à investigação científica favorece o reconhecimento de sinais e sintomas que facilitam a identificação dos fenômenos alvo dos cuidados de enfermagem à pessoa com ICC.

Quanto aos participantes envolvidos nas pesquisas, a maioria relata que foram pacientes maiores de 18 anos com ICC sem especificação do sexo ou da idade, exceto um, que informou especificamente o estudo envolvendo octogenários.

Já sobre os cenários escolhidos para realização dos estudos foram identificados diversos ambientes, como hospitais, ambulatórios especializados e a própria comunidade (acompanhamento domiciliar por telefone).

Conforme definido anteriormente, esse estudo propôs buscar na literatura evidências com aplicabilidade na terapia intensiva, para construção de um protocolo de cuidados de enfermagem à pessoa com insuficiência cardíaca. O estado da arte revelou, a princípio, a ausência de um protocolo de enfermagem pronto para este fim. Entretanto, os estudos revelam ampla variedade de aspectos importantes da prática clínica, os quais merecem ser estudados e consolidados em um instrumento para que sejam efetivados durante o processo de cuidado a essas pessoas.

A atuação do enfermeiro foi destacada no estudo de Araújo, Nóbrega e Garcia (2013) quanto ao cuidado às pessoas com ICC especialmente sob o ponto de vista da associação da assistência ao processo de enfermagem mais apropriado à prática clínica, facilitando o planejamento dos cuidados, constituindo um grande avanço nos cuidados específicos a essa clientela.

Ainda em relação à sistematização da assistência de enfermagem, Martins et al. (2012) apontam que no contexto da ICC, a acurácia dos diagnósticos de enfermagem favorece o estabelecimento de intervenções seguras na admissão hospitalar destes pacientes, pois determina e estabelece uma ligação entre a observação da realidade e a investigação científica, favorecendo a habilidade do enfermeiro em reconhecer sinais e sintomas que constituem um diagnóstico específico.

A importância do domínio da avaliação do enfermeiro acerca dos parâmetros hemodinâmicos relacionada ao cuidado da pessoa com ICC é vista como um fator essencial durante todo o processo de cuidado intensivo, considerando-se que detectar precocemente sintomas de descompensação e conhecer a fisiopatologia da doença, são pilares para o cuidado rápido e seguro a essas pessoas.

Ficou claro que a triagem com classificação de risco ou grau de sofrimento, prioriza aquelas pessoas com ICC que manifestam sinais de baixo débito cardíaco ou choque cardiogênico (MATOS et al., 2012; SILVA et al., 2013) incluindo

peças submetidas a cirurgias cardíacas (BABB, 2009). Além disso, a detecção precoce de sintomas de sobrecarga de fluidos, somada ao exame clínico poderá evitar uma internação hospitalar. E, o conhecimento do próprio paciente sobre os exames e seus resultados irá facilitar o autocontrole dos fluidos (SAUER et al., 2009; ANCHETA et al., 2009; BOCCHI et al., 2012).

Com isso, a habilidade clínica permitirá ao enfermeiro capacitado, uniformizar condutas e individualizar simultaneamente o cuidado a essas pessoas, além de avaliar resultados das intervenções implementadas (FEIJÓ, 2010).

O enfermeiro deve estar atento ainda aos fatores de risco para abandono do tratamento da IC. Os estudos mostram que a educação em saúde e as orientações sobre autocuidado e a necessidade de tornar o paciente protagonista da adesão ao tratamento podem ser a chave para solucionar os problemas da adesão ao tratamento, além de reduzirem o número de reinternações (RABELO et al., 2011; DIRETRIZES, 2009). Além disso, o tratamento não farmacológico não deve ser visto pelos pacientes e profissionais de saúde somente como complemento, mas como indispensável à terapêutica da ICC (BOCCHI et al., 2009).

O tratamento não farmacológico também protagoniza as abordagens de Domingues et al.(2011) e da Atualização da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica (2012), considerando cada quadro clínico, indicando para a IC cuidados relativos à nutrição, reabilitação, hábitos de vida, vacinas, avaliação familiar, clínicas de ICC além de restrição de líquido e sal. A viabilidade dessas intervenções educativas pelo enfermeiro ainda é assegurada por meio dos estudos de Delaney e Apostolidis (2010).

Complementando o exposto, o foco na prevenção e eliminação de barreiras de autocuidado resultou na busca por estratégias como o suporte ao autocuidado por grupo multidisciplinar, tomada de decisão com base nas diretrizes de doenças crônicas, sistema padronizado de visita, uso de recursos da comunidade para supervisão, suporte organizacional com *feedback* contínuo e sistema de informações baseado em evidências usando os registros dos pacientes, que se mostraram eficientes e eficazes no estudo de Watts et al. (2009).

Outro aspecto, relacionado à prevenção de complicações na insuficiência cardíaca, ressalta que além do aconselhamento individual, a educação com ênfase nas orientações aos cuidadores ressurgiu como estratégia fundamental no acompanhamento contínuo do tratamento, por ser crescente o número de pacientes idosos com ICC, sob cuidados contínuos dessas pessoas. Essas orientações devem ter foco principal nas questões voltadas para a segurança dos pacientes, adesão ao tratamento e no estímulo à sua capacidade funcional, associada ao incentivo de continuar exercendo seus papéis na sociedade. O conhecimento da pessoa sobre sua doença e seu tratamento é visto como aspecto facilitador do cuidado da equipe interdisciplinar e de aceitação, por parte do paciente, da sua própria condição (ALLEN; DENNISO, 2010).

A partir desta análise dos estudos selecionados, infere-se que parece ser importante que os programas ou qualquer atividade educativa para o autocuidado, passem por processos contínuos de avaliação, com a finalidade de detectar os efeitos desejados ou, fragilidades passíveis de reformulações (SMEUDERS et al., 2010).

A preocupação do enfermeiro também deve estar voltada a observar a influência do declínio da idade relacionada à diminuição da capacidade cognitiva e consequente diminuição da adesão ao tratamento da pessoa com IC. A importância de investigar essa condição deve considerar seu efeito de segurança e o estímulo às habilidades cognitivas a exemplo do incentivo à socialização, interação e bem-estar, por meio de atividades de lazer, de trabalho e relacionamento com os amigos (HJELM et al., 2012; SILVA et al., 2014).

Outro aspecto tido como relevante no cuidado de enfermagem à pessoa com ICC, entre as possibilidades de atenção do enfermeiro destacadas na revisão, refere que o planejamento da alta hospitalar deve ter início desde a internação na UTI, até encaminhamentos com base no processo de enfermagem realizado durante sua permanência na unidade. Fonseca, Mesquita e Queluci (2013), corroboram mostrando que este plano deve ser individual, proporcionado não só pelo enfermeiro, mas, pela equipe interdisciplinar, apresentando a possibilidade de reduzir o tempo de internação e aumentar o grau de satisfação do paciente. Além

disso, o plano de alta é um item indispensável aos hospitais participantes do programa de acreditação hospitalar.

Considerando que a principal causa de descompensação da IC tem sido a falta de adesão ao tratamento, traduzindo-se em sinais e sintomas (RABELO et al., 2012), tem-se que no planejamento da alta hospitalar, o enfermeiro poderá estudar a possibilidade de realizar encaminhamentos da pessoa com ICC a programas voltados a medidas de menor custo financeiro como pesagem no próprio domicílio, seguimento de escalas de sinais e comunicados semanais por telefone para controle especial de restrição de sal e controle da diurese, garantindo assim, a adesão e prolongamento da vida com qualidade, além da possibilidade de conhecer melhor o perfil dos pacientes (MARTINS; CAVALCANTE, 2013).

É fundamental salientar ainda que diante das diversas formas de assistência de enfermagem abordadas nas evidências, a atenção para as alterações não deve ser negligenciada, mostrando-se como indicativos fundamentais para subsidiar as intervenções voltadas a essa clientela. Segundo Merhy (2010), a incorporação de novas concepções teóricas e práticas às atividades de saúde, conforme as necessidades da população é algo inerente à evolução dos profissionais. Entretanto, o mesmo autor recomenda que tudo isso deve ocorrer sem a perda das práticas assistenciais.

Fica evidente que a repercussão da ICC, sua complexidade e prevalência, principalmente em pacientes idosos, são crescentes em nosso país, comprovando a necessidade de avanços epistemológicos em pesquisas acerca dessa condição. Dada a pluralidade de estudos, a Prática Baseada em Evidências, considerados os conflitos de interesse, o paciente (com suas crenças, culturas, valores pessoais, experiências prévias e educação), as políticas e padrões da comunidade, mostra-se como uma ferramenta de avaliação criteriosa atualizada e rápida de suma importância de pesquisa, para a tomada de decisões em enfermagem (LIMA; LACERDA, 2013).

Diante das dimensões que envolvem a insuficiência cardíaca e suas repercussões, fica clara a importância em reconhecer os seus estágios preconizados pela NYHA, assim como seu manejo, de forma minuciosa, rápida e acurada. O

conhecimento do enfermeiro e da equipe interdisciplinar, aliado ao instrumento de cuidado, implicará no caminho para o completo cuidado, garantindo uma melhor qualidade de vida à pessoa com ICC, conseqüente diminuição de reinternações e impactos negativos no sistema de saúde.

## 6.2 Dimensões do cuidado de enfermagem à pessoa com ICC

Após esta análise profunda dos 19 estudos, decidiu-se relacionar os indicadores inerentes ao cuidado de enfermagem à pessoa com ICC encontrados na literatura em três dimensões: Individual (cuidado à pessoa com ICC); Educação em saúde para o autocuidado; Planejamento pós-alta.

### 6.2.1 Dimensão individual

A dimensão individual envolve a pessoa com ICC no ambiente da UTI cujas necessidades individuais e intervenções devem ser identificadas e realizadas pelo enfermeiro por meio do processo de enfermagem, com base em suas experiências com esta clientela e nas evidências científicas atualizadas, portanto, passíveis de mudanças.

Os indicadores dessa dimensão estão relacionados aos estados biológico, sócio comportamentais, psicológico e cognitivo. O quadro 7 sintetiza os indicadores apontados pelos autores dos estudos da revisão integrativa, pertinentes a esta dimensão.

**QUADRO 7** – Indicadores da dimensão individual no cuidado à pessoa com ICC. Crato, 2015.

Subdimensões	Indicadores
Indicadores relacionados ao estado biológico	<p>Taquicardia, dispneia, edema e congestão (ARAÚJO; NÓBREGA; GARCIA, 2013).</p> <p>Débito cardíaco diminuído, como valor preditivo de B3, bradicardia, resistência pulmonar aumentada e fração de ejeção diminuída (MATOS et al., 2012).</p> <p>Fadiga; Atividade física limitada (FINI; CRUZ, 2009).</p> <p>Fadiga associada a fatores depressivos, dispneia, sono e elevado índice de massa corporal (RABELO et al., 2012).</p>



	<p>Dispneia, dispneia paroxística noturna, fadiga e edema como causas de descompensação da IC (SAUER et al., 2010).</p> <p>Perfil hemodinâmico (ANCHETA et al., 2009).</p> <p>Avaliação dos níveis de BNP (BABB, 2009).</p> <p>Idade &gt;70 anos; IAM recente; FE &lt; 40%; HAS e urgência hipertensiva; Doença arterial coronariana; Doença vascular periférica; Reoperações; Gênero feminino; DM (MARTINS et al., 2012).</p>
Indicadores relacionados ao estado psicológico/cognitivo	<p>Melhor qualidade de vida; Conhecimento clínico sobre o BNP (ANCHETA et al., 2009).</p> <p>Controle psicológico (MOSER et al., 2009).</p> <p>Baixo nível de estresse (RIEGEL et al., 2009).</p> <p>Adesão ao tratamento para ICC devido a problemas espaciais e de memória episódica (HJELM et al., 2012).</p>
Indicadores relacionados aos estados sócio comportamentais	<p>Problemas sócio comportamentais; Capacidade prejudicada para ler, escrever e dirigir (HJELM et al., 2012).</p> <p>Capacidade prejudicada de reconhecer e atender aos sintomas físicos internos devido ao declínio da idade (RIEGEL et al., 2010).</p> <p>Segurança e autonomia à pessoa com ICC em seu domicílio; Monitorização por telefone (FEIJÓ, 2012).</p> <p>Adesão ao tratamento (RABELO et al., 2012).</p>

Dentro da **dimensão individual**, os indicadores relacionados ao estado biológico foram identificados em nove estudos da revisão integrativa. Seguindo o modelo fisiopatológico da ICC em que a taquicardia, o edema, a congestão e a dispneia são os dados mais relevantes, a literatura também considerada de alto valor preditivo a presença da terceira bulha e a bradicardia, na categoria de evidências não invasivas; e a resistência pulmonar aumentada, resistência pulmonar sistêmica, resistência pulmonar diminuída e fração de ejeção diminuída, na categoria de evidências invasivas (ARAÚJO; NÓBREGA; GARCIA, 2013; MATOS et al., 2012).

A fadiga também foi uma variável associada como fator importante a ser avaliado (MARTINS et al., 2012). Já a dispneia, os distúrbios do sono, o elevado índice de massa corporal e os fatores depressivos foram as principais comorbidades associadas à fadiga nos pacientes com ICC (FINI; CRUZ, 2009).

Outras variáveis preditoras de risco ou sinais e sintomas da descompensação para ICC que devem ser amplamente investigadas pelo enfermeiro, como idade, outras comorbidades cardiovasculares e/ou metabólicas, fração de ejeção menor que 40%, reoperações, gênero feminino e dispneia paroxística noturna foram identificadas por Babb (2009) e Rabelo et al. (2012).

Já a avaliação do perfil hemodinâmico também se constitui em elemento importante para o enfermeiro desenvolver habilidades do cuidar ao paciente com esta síndrome (ANCHETA et al., 2009; SAUER et al., 2010).

A literatura aponta ainda as Diretrizes de Insuficiência Cardíaca como recurso fundamental para nortear as ações de enfermagem em todos os níveis de atenção (PIERCE; DALTON; SPANIOL, 2009).

Os indicadores relacionados ao estado psicológico/cognitivo trouxeram como importantes associados ao controle da ICC o conhecimento clínico do paciente como fator positivo para o controle da ICC (ANCHETA et al., 2009), o controle psicológico e baixos níveis de estresse (MOSER et al., 2009; RIEGEL et al., 2009).

Já o desenvolvimento ou aperfeiçoamento das habilidades para o autocuidado dos pacientes e seus familiares sobre os aspectos da ICC e os problemas espaciais e de memória episódica foram apresentados no estudo de Hjelm et al. (2012), como fatores que influenciam diretamente na adesão ao tratamento para ICC, carecendo da prática de estratégias de educação junto a esta clientela, possibilitando assim a construção desse indicador.

Os indicadores associados ao estado sócio comportamental foram identificados em quatro estudos. A diminuição da adesão à terapêutica da ICC, do autocuidado, o aumento dos problemas sócio comportamentais relacionados à capacidade prejudicada para ler, escrever e dirigir, a ausência de conhecimento sobre a interpretação dos sintomas da ICC e o declínio da capacidade de atender aos sintomas físicos internos relacionados à idade avançada, constituem-se em necessidades identificadas na literatura que requerem o desenvolvimento de intervenções de enfermagem dentro desta subdimensão (HJELM et al., 2012; RABELO et al., 2012; RIEGEL et al., 2010).

Um aspecto importante foi evidenciado no estudo de Feijó (2012), em que o ajuste do tratamento por telefone, no domicílio do paciente também pode ser uma ferramenta útil no controle a ICC e, conseqüentemente, redução nas taxas de reinternação. Isto propicia maior autonomia à pessoa com ICC por meio do cuidado individualizado e ações unificadas, em contato constante com a equipe de saúde.

### 6.2.2 Dimensão educação em saúde para o autocuidado

A **dimensão da educação em saúde para o autocuidado**, também é parte do período de internação na UTI. Entretanto, deverá ter início somente quando o paciente apresentar estabilidade clínica e hemodinâmica, período em que estará mais propenso a apreender orientações, discutir suas dúvidas, ansiedades, medos e experiências.

Os indicadores desta dimensão demonstrados no quadro 8, estão relacionados aos fatores socioeconômicos, cognitivos e culturais, posto que o melhor desempenho educativo está relacionado à sua história de vida e ao seu conhecimento prévio. Os familiares ou cuidadores estão incluídos nesta dimensão, principalmente no que se refere à adesão ao tratamento, seguido do reconhecimento de complicações da ICC e das necessidades do paciente.

**QUADRO 8** – Indicadores da dimensão educação em saúde para o autocuidado. Crato, 2015.

<b>Indicadores</b>
Intervenção educativa hospitalar beneficia conhecimento da ICC e autocuidado (DOMINGUES et al., 2011)
Estratégias não farmacológicas que podem minimizar episódios de descompensação da ICC: Restrição de sal Controle do peso e da diurese Restrição hídrica
Envolvimento do paciente, familiares e cuidadores no processo de reconhecimento dos sinais e sintomas de complicações da ICC (RABELO et al., 2012)
Intervenções que indiquem sobre experiência de sintomas como auxílio na atenção somática e interpretação dos sintomas da ICC (RIEGEL et al., 2010)
Intervenções educativas com idosos portadores de ICC podem reduzir readmissão hospitalar. (DELANEY; APOSTOLIDIS, 2010)

Aconselhamento e educação seguidos de atividade física, ingestão alimentar, tabagismo, qualidade de vida e perda de peso como principais estratégias de intervenção na ICC (ALLEN; DENNIZO, 2010)

Suporte do grupo interdisciplinar por meio de prevenção de barreiras de cuidado/autocuidado  
 Sistema padronizado de visitas com tomada de decisão baseado nas diretrizes de doenças crônicas  
 Uso de recursos da comunidade para supervisão  
 Suporte organizacional com feedback contínuo  
 Sistema de informações usando os prontuários do paciente (WATTS et al., 2009)

Os indicadores relacionados à esta dimensão foram contemplados em seis estudos da revisão integrativa. No estudo de Domingues et al. (2011), o indicador intervenção educativa hospitalar surge como benefício ao conhecimento sobre a ICC e o autocuidado.

Quanto às orientações de estratégias não farmacológicas para minimizar os episódios de descompensação da ICC, o estudo de Rabelo et al. (2012), apresenta restrição de sal, controle de peso e da diurese, restrição hídrica além de orientações sobre reconhecimento de sinais e sintomas de complicações da ICC para os pacientes, familiares e cuidadores. Em estudo semelhante, Allen e Dennizo (2010), abordaram o aconselhamento e a educação relativos à atividade física, ingestão alimentar, tabagismo, qualidade de vida e perda de peso como principais estratégias de intervenção na ICC.

Outro indicador identificado foi a intervenção relacionada à experiência de sintomas como coadjuvante na atenção somática e interpretação dos sintomas, visando desenvolver ou aperfeiçoar as habilidades para o autocuidado e tratamento dos pacientes e seus familiares sobre os aspectos da ICC da ICC (RIEGEL et al., 2010).

O indicador associado às intervenções educativas com idosos portadores de ICC foi identificado como redutor das readmissões hospitalares nesta clientela (DELANEY; APOSTOLIDIS, 2010).

O indicador encontrado no estudo de Watts et al. (2009) contempla medidas realizadas por grupo interdisciplinar dispostas sob os aspectos: prevenção de barreiras de cuidado/ autocuidado; sistema padronizado de visitas com tomada de decisão baseado nas diretrizes de doenças crônicas; uso de recursos da

comunidade para supervisão da clientela atendida; suporte organizacional com *feedback* contínuo e, sistema de informações usando os prontuários do paciente.

### 6.2.3 Dimensão planejamento pós alta

A dimensão **planejamento pós alta** possui inteira relação entre o período de internação e a programação das atividades/ações do paciente, família e cuidadores após sua alta hospitalar. Ressalta-se que os indicadores no quadro 9 também incluem tanto fatores socioeconômicos como fatores relativos à segunda dimensão (educação em saúde) e à própria doença.

**QUADRO 9** – Indicadores da dimensão planejamento pós-alta de pacientes com ICC. Crato, 2015.

<b>Indicadores</b>
Conhecimento da doença e autocuidado (DOMINGUES et al., 2011)
Reconhecimento de sinais e sintomas de complicação da ICC, por meio do envolvimento do paciente, família e cuidadores no processo de educação e autocuidado (RABELO et al., 2012)
Conhecimento sobre BNP como coadjuvante do autocuidado (ANCHETA et al., 2010)
Controle psicológico sobre o estresse e a ICC (MOSEER et al., 2009; RIEGEL et al., 2009)
Estratégias de educação (para auxiliar na dificuldade cognitiva da pessoa com ICC) (HJELM et al., 2012)
Estratégias de promoção do processo de interpretação dos sintomas vivenciados na ICC (RIEGEL et al., 2010)
Encaminhamento para atividades físicas e ou perda de peso com acompanhamento profissional; Programação da dieta alimentar; Encaminhamento para programa de erradicação do tabagismo. (ALLEN et al., 2010)
Encaminhamento para programas de atenção às doenças crônicas com ações interdisciplinares. (WATTS et al., 2009)

Os indicadores relacionados ao planejamento pós alta estão elencados no cenário de estudos do manejo não farmacológico e foram identificados em oito dos estudos da revisão integrativa. Os mais prevalentes associam a intervenção educativa, indicando o seu benefício tanto para o autocuidado como para a minimização de episódios de descompensação da doença, pois ressaltam aspectos

como o dos indicadores conhecimento da doença e autocuidado (DOMINGUES et al., 2011).

Outro indicador foi encontrado no estudo de Rabelo et al. (2012), denominado de orientação para reconhecimento de sinais e sintomas de complicação da ICC, envolvendo pacientes, familiares e cuidadores no processo, como forma de inserir todos esses sujeitos em um mesmo patamar de entendimento, facilitando assim a atitude de alerta para as complicações da doença. Um indicador foi identificado no estudo de Ancheta et al. (2010), intitulado de conhecimento sobre BNP como coadjuvante do autocuidado, demonstrando uma possibilidade a mais de controle.

O indicador encontrado nos estudos de Moser et al. (2009), em que corrobora com Riegel et al. (2009), foi o controle psicológico, ressaltando que os níveis de controle sobre o estresse influenciam fortemente no nível de controle da ICC, evidenciando a necessidade do enfermeiro em implementar estratégias que possam mobilizar o paciente e familiares no sentido da descoberta do que possibilita a resolução ou minimização do seu estresse.

O estudo conduzido por Hjelm et al. (2009), evidenciou que problemas espaciais e de memória episódica podem contribuir para a diminuição da adesão terapêutica e do autocuidado relacionados a pacientes octogenários com ICC. Além disso, encontraram a possibilidade de surgirem problemas sócio comportamentais devido à capacidade prejudicada de ler, escrever e dirigir. Os achados instigam o olhar do enfermeiro para o aperfeiçoamento da prática clínica por meio de estratégias de educação a esta clientela junto aos familiares e cuidadores. A partir desta exposição, o indicador é relativo a estratégias de educação para auxiliar na dificuldade cognitiva da pessoa com ICC.

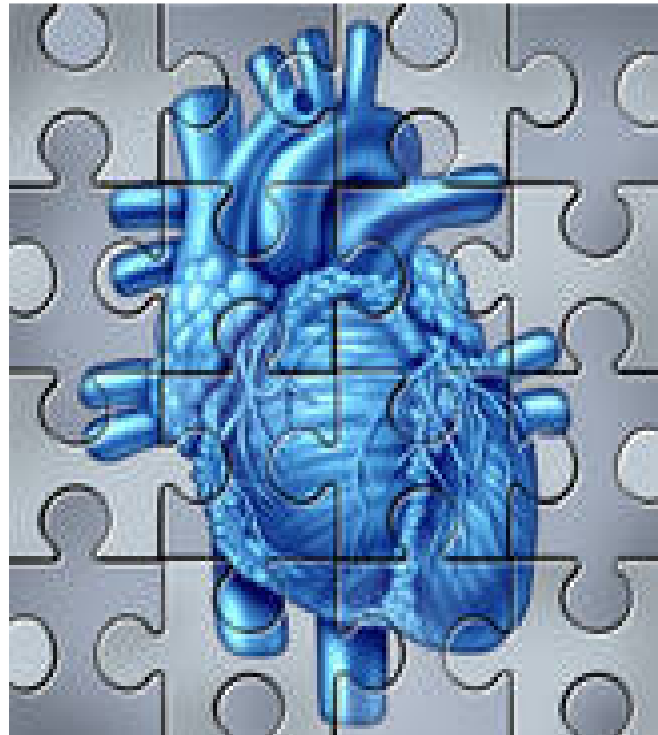
### **6.3 Considerações gerais sobre os resultados da revisão integrativa**

O esclarecimento acerca das dimensões do cuidado de enfermagem à pessoa com ICC, propiciado pela análise da revisão integrativa, permitirá agora, seguir os passos propostos por Pasquali (2003), para a elaboração do instrumento que possibilitará a origem das definições constitutivas e operacionais.

Foi observada a importância de relacionar os indicadores analisados em um diagrama que mostre a ideia de um processo contínuo e lógico sem, com isto, determinar que todos os indicadores estão diretamente relacionados uns com os outros, embora, segundo Mc Ewen e Wills (2009), o efeito e a importância destes indicadores sobre o desfecho apresentem a possibilidade de ser definido. A relevância do diagrama ocorre por proporcionar a noção da dimensionalidade do construto de forma simples e objetiva.

## *Fase 2*

### *Fase de Construção*



*“O ser humano pode ser estudado a partir de distintos interesses. Assim surgem as diversas ciências que tem o ser humano como seu objeto de conhecimento. Cada uma delas projeta sua imagem e sua utopia acerca do ser humano. Cada ciência é um ponto de vista entre outros possíveis e legítimos. Cada ponto de vista é a vista de um ponto. Por isso nenhum deles exaure todo o conhecimento sobre o ser humano”.*

*Leonardo Boff*



## 7 FASE 2: FASE DE CONSTRUÇÃO

Conforme explanado anteriormente, o cuidado de enfermagem à pessoa com ICC em UTI, de acordo a revisão integrativa da literatura, está fundamentado em três dimensões: Dimensão individual, educação em saúde para o autocuidado da pessoa com ICC e planejamento pós alta. Com um olhar para os princípios psicométricos de Pasquali (2003) e para um melhor entendimento acerca desse cuidado, foi percebida a necessidade de desmembrar as outras duas dimensões em subdimensões e relacioná-las aos indicadores encontrados na literatura, como pode ser observado no quadro 10.

**QUADRO 10** – Dimensões, subdimensões e indicadores do cuidado de enfermagem à pessoa com ICC em UTI. Crato, 2015

DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO	INDICADORES
Individual	Biológica	- Débito cardíaco - Edema - Congestão - Frequência cardíaca - Frequência respiratória - Fadiga
	Sócio comportamental	- Controle do estresse - Controle da doença
	Estado cognitivo / psicológico	- Problemas espaciais e de memória episódica - Conhecimento da doença
Educação em saúde para o autocuidado	Intervenções educativas para o autocuidado	- Avaliação do autocuidado
	Métodos não farmacológicos	- Avaliação do peso - Alimentação - Ingesta hidrossalina - Atividades físicas - Orientação sobre medicamentos - Vacinação - Clínicas de IC
Planejamento	Conhecimento do paciente	- Questionário de conhecimento sobre ICC
	Planejamento	- Plano diário - Conhecimento da doença e autocuidado - Controle hidrossalino - Orientação dietética - Controle de peso - Atividades físicas

pós alta		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reabilitação cardiovascular</li> <li>- Horários de medicações</li> <li>- Controle psicológico sobre o estresse</li> <li>- Controle da fadiga</li> <li>- Reconhecimento de limitações da ICC</li> <li>- Sinais de alerta para complicações</li> <li>- Controle do BNP</li> </ul>
	Encaminhamentos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Serviço ambulatorial de saúde especializado</li> <li>- Grupos de apoio</li> <li>- Nutricionista</li> <li>- Programa de erradicação do tabagismo e de doenças crônicas</li> <li>- Reabilitação cardiovascular</li> <li>- Retorno à clínica médica</li> </ul>

Assim, fundamentado pelas dimensões e subdimensões, cada indicador acolherá a partir daqui, sua definição constitutiva e operacional para originar os itens do protocolo em estudo, conforme mostrado nos quadros a seguir, apresentados por dimensão.

### 7.1 Dimensão individual

Apresentam-se, a seguir, as definições constitutivas e operacionais de cada indicador da subdimensão relacionada ao estado biológico (quadro 11), ao estado sociocomportamental (quadro 12) e ao estado cognitivo/psicológico (quadro 13):

QUADRO 11 – Definições constitutivas e operacionais dos indicadores da subdimensão biológica. Crato, 2016.

INDICADOR/ Definição Constitutiva	DEFINIÇÕES OPERACIONAIS
<p><b>DÉBITO CARDÍACO</b></p> <p>Quantidade de sangue ejetada pelo coração por minuto (MARTINS et al., 2012).</p>	<p>Pode ser avaliado à beira do leito por meio do Cateter Swan Ganz, do cateterismo cardíaco direito ou ecocardiograma.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fórmula do DC = Quantidade de sangue ejetado a cada contração ventricular x frequência cardíaca. Valores normais variam entre 4 e 5 L/min.</li> <li>- Também pode ser estimado por meio do índice da pressão proporcional de pulso (PPP) obtida a partir da fórmula: <math>(PAS - PAD) / PAS</math>. Valores de PPP &gt; 0,25 são tidos como baixo débito cardíaco.</li> <li>- Avaliar: Terceira bulha (som que pode ser percebido no início da diástole comparável a um galope, mais audível com o paciente deitado e em decúbito lateral esquerdo); Bradicardia (frequência cardíaca inferior a 60 batimentos por minuto); Resistência vascular pulmonar aumentada (medida equivalente à pressão de enchimento ventricular, empregada como medida que substitui</li> </ul>

	<p>a pré carga e pode ser obtida pelo cateter Swan Ganz; valores normais são menores ou iguais a 12mmHg); Resistência vascular sistêmica aumentada e fração de ejeção diminuída (fração de sangue ejetada a cada contração ventricular; quantifica a função sistólica ventricular global; FE normal é em torno de 60%; avaliada por ventriculografia ou por ecocardiograma).</p> <p>- Intervenções de enfermagem frente ao débito cardíaco aumentado: Controlar volume de líquidos ganhos; Monitorar alterações da frequência cardíaca após esforço físico; Posicionar o paciente adequadamente no leito; Reduzir esforço físico (ARAÚJO; NÓBREGA; GARCIA, 2013).</p>
<p><b>EDEMA</b></p> <p>Acúmulo de líquidos no espaço intersticial decorrente de alteração na homeostase do sódio e da água. Pode ocorrer ascite, acidose metabólica e perfusão tissular cardíaca alterada (ARAÚJO; NÓBREGA; GARCIA 2013).</p>	<p>Formas de avaliação do edema:</p> <p>- Sinal de cacifo ou de Godet (compressão na região pré tibial com o polegar, por 10 segundos, observando se há a formação de depressão); A profundidade da depressão pode variar de 0/4 a 4/4, em uma escala de cruces (- / 4+; + / 4; ++ / 4; +++ / 4 e ++++ / 4).</p> <p>- Verificação do aumento de peso: Ganho de peso corporal em até 1,3 kg em dois dias ou de 1,3 a 2,2 kg em uma semana. A verificação do peso deve acontecer pela manhã após urinar, antes do café. Deve ser utilizada a mesma balança sempre que for efetuar a pesagem e utilizando roupas leves.</p> <p>- Em presença de ascite, alterações associadas (estertores, distensão de veia jugular) devem ser acompanhadas durante o exame físico, controlar ingestão hídrica, realizar medida de circunferência abdominal diariamente e verificar pulsos periféricos e grau de edema nas pernas.</p> <p>- Quando há acidose metabólica por alteração de líquidos e eletrólitos, o enfermeiro deve avaliar extensão e severidade da retenção hídrica, definir se as alterações laboratoriais são metabólicas ou respiratórias, identificar fatores desencadeantes e discutir terapêutica adotada com a equipe interdisciplinar.</p> <p>- Quando a perfusão tissular cardíaca está alterada, deve-se identificar sinais como pele fria, edema e congestão pulmonar, manter membros aquecidos e higienizados para reduzir riscos de lesões, observar pulso periférico e reconhecer sinais de hipoperfusão tissular cardíaca.</p>
<p><b>CONGESTÃO</b></p> <p>Resultado do frágil retorno venoso da circulação periférica, devido à redução da capacidade do coração esquerdo resultando em represamento do sangue nos pulmões. Como consequência, há o estiramento excessivo do coração, desoxigenação do sangue e extravasamento de líquido para os tecidos pulmonares e alvéolos (edema pulmonar).</p>	<p>- A congestão pode ser identificada por achados clínicos como tosse (seca ou produtiva), que resulta do estímulo de receptores da mucosa das vias aéreas por causas relacionadas a alterações da pressão pleural, como no derrame pleural e atelectasia (MARTINS et al., 2012).</p> <p>- A hipóxia é outro achado clínico, ocorrendo da impossibilidade do pulmão congesto realizar a troca de gases satisfatoriamente. Pode decorrer por excesso de volume de líquidos ou desencadeado pela congestão durante o esforço físico além da capacidade funcional. As intervenções de enfermagem relacionadas à presença de hipóxia devem incluir: Minimizar esforço físico; Observar melhor posicionamento no leito do paciente; Monitorar administração de oxigenoterapia; Reduzir ingestão hídrica de modo rigoroso (ARAÚJO; NÓBREGA; GARCIA 2013)</p> <p>- Esses achados podem ser observados em atividades relacionadas aos movimentos no leito, à higiene pessoal, se vestir e interfere na capacidade de manter as rotinas da vida diária (ARAÚJO; NÓBREGA; GARCIA, 2013). As intervenções de enfermagem são: Aprimorar atividades com suas funções reduzidas; Atentar para sinais de tontura e hipoperfusão; Comunicar aos familiares e cuidadores sobre vestimentas fáceis de vestir (largas e com botões); Manter próximo material de uso próprio para higiene; Observar presença de dispneia súbita; Oferecer orientação (família e cuidadores) sobre os cuidados no esforço ao paciente se arrumar sozinho; Reduzir fatores que precipitam alteração de pressão arterial (esforço maior que suas condições) ao se arrumar.</p> <p>- Avaliar a distensão da veia jugular, que indica a alteração de volume das câmaras cardíacas direitas. Deve ser avaliada com o paciente em decúbito</p>

	dorsal a 45°. Nos pacientes congestos, a turgência da veia jugular pode ser localizada em torno de 3 a 4 cm acima do ângulo esternal (MARTINS et al., 2012).
<p><b>FREQUÊNCIA CARDÍACA (FC)</b></p> <p>Número relativo aos batimentos cardíacos registrado em um minuto. A FC alterada pode ser denominada de <b>taquicardia</b> (FC acima de 100 batimentos por minuto) ou <b>bradicardia</b> (FC abaixo de 60bpm) (MARTINS et al., 2012).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deve ser aferida pelo avaliador posicionado de frente ao paciente, no início do exame físico ou durante o exame cardiovascular, por meio da contagem dos batimentos cardíacos sob a compressão da artéria escolhida no pulso radial, braquial ou carotídeo, em um período de tempo correspondente a um minuto (MARTINS et al., 2012).</li> <li>- A Taquicardia envolve cuidados relativos a arritmias, choque cardiogênico e débito cardíaco aumentado. Intervenções relacionadas à arritmia: Analisar função cardiovascular; Instituir manobras de suporte básico de vida; Observar frequência e regularidade do pulso se alterada; Verificar sinais de arritmia (FV, TV) como rebaixamento de nível de consciência (ARAÚJO; NÓBREGA; GARCIA, 2013).</li> <li>- Caso o paciente apresente sinais de choque cardiogênico, realizar as intervenções: Anotar variações da pressão sanguínea (hipotensão ortostática); Identificar presença de terceira bulha cardíaca; Observar sinais de oligúria; Preparar medidas de contenção circulatória (preparo de drogas cardiotônicas); Relatar episódios de pulso rápido e fino, alteração da perfusão periférica e iniciar manobras de suporte básico (ARAÚJO; NÓBREGA; GARCIA, 2013).</li> </ul>
<p><b>FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (FR)</b></p> <p>É relativa ao número de incursões respiratórias registradas em um minuto (MARTINS et al., 2012).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quando a FR está alterada, tem-se a dispneia, que ocorre secundariamente à redução da contratilidade cardíaca. A intensidade da dispneia pode ser avaliada por fatores cognitivos e contextuais, pode ser identificada por meio da frequência respiratória, estridor, agitação, uso da musculatura acessória para os movimentos respiratórios e alterações na ausculta cardíaca e pulmonar. Em geral é resolvida com a administração de oxigênio complementar, utilização de diuréticos ou com a redução da pré carga (MARTINS et al., 2012).</li> <li>- Verificar dispneia paroxística noturna, quando a pessoa tem o sono interrompido por uma sensação importante de falta de ar, levando-a a sentar no leito. É um dado obtido a partir da entrevista com o paciente, quando questionado sobre o sono (MARTINS et al., 2012).</li> <li>- Verificar ortopneia, que surge ou agrava em posição horizontal com tendência a aliviar ao elevar a parte superior do tórax pelo uso de mais travesseiros. Pode ser identificada pelo exame físico ou anamnese (MARTINS, 2012).</li> </ul>
<p><b>FADIGA</b></p> <p>Sensação opressiva, de exaustão e de capacidade diminuída para realizar trabalho físico e mental no nível habitual (NANDA-I, 2002; RABELO et al., 2009; FINI; CRUZ, 2009).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deve ser investigada pelo enfermeiro em pessoas que apresentem aumento da dispneia durante exercícios físicos, distúrbios do sono, elevado índice de massa corporal e fatores depressivos; a fadiga depende do auto relato para ser identificada, por estar relacionada a aspectos físicos, cognitivos e emocionais (FINI; CRUZ, 2009).</li> <li>- Intervenções: Avaliação da dieta prescrita; Identificação de riscos como percepção de baixo suporte emocional, insônia, estresse, depressão e ganho de peso, relato de “falta de ar” ao realizar exercícios, hipertensão, relato de fadiga associada ao uso de betabloqueador; relato de falta de concentração e falta de interesse no ambiente próximo (FINI; CRUZ, 2009).</li> <li>- Após a avaliação, o enfermeiro, a equipe interdisciplinar, o paciente, familiares e cuidadores devem estabelecer metas mútuas relativas ao incremento do sono e repouso, promoção do exercício (após investigação de baixa perfusão e de alterações estruturais e funcionais da musculatura esquelética que possam contribuir para a fadiga), mudança na dieta, encaminhamento ao médico em caso de relato de interferência medicamentosa, de depressão, indicar atividades de lazer apropriadas para a condição de saúde (FINI; CRUZ, 2009).</li> </ul>

**QUADRO 12** – Definições constitutivas e operacionais dos indicadores da subdimensão relacionada ao estado sociocomportamental. Crato, 2015.

<b>INDICADOR/ Definição Constitutiva</b>	<b>DEFINIÇÕES OPERACIONAIS</b>
<p><b>CONTROLE DO ESTRESSE</b></p> <p>Crença em que a pessoa apresenta os recursos suficientes para lidar com situações negativas influenciando positivamente a sua natureza adversa (MOSER et al., 2009; RABELO et al., 2011).</p>	<p>- O controle percebido ou controle do estresse pode ser aumentado por meio de intervenção de educação ou de aconselhamento. O enfermeiro deve atentar para a Escala de Atitudes de Controle (Scale-Revised*) de MOSER et al. (2009):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se eu fizer as coisas certas, posso gerenciar com sucesso a minha condição cardíaca</li> <li>2. Eu posso fazer muitas coisas sozinho para lidar com minha condição cardíaca</li> <li>3. Quando eu gerir bem a minha vida pessoal, meu problema cardíaco não vai me incomodar tanto</li> <li>4. Tenho considerável habilidade para controlar meus sintomas</li> <li>5. Não importa o que eu faça, ou quanto eu tente, eu não consigo obter alívio de meus sintomas*</li> <li>6. Estou lidando efetivamente com minha condição cardíaca</li> <li>7. Em relação aos meus problemas cardíacos, eu sinto muito controle</li> <li>8. Em relação aos meus problemas cardíacos eu me sinto impotente*</li> </ol> <p>- As atitudes de controle são marcadas pela soma das pontuações de itens, onde cada item é avaliado em uma escala de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente). A pontuação total pode variar de 8 a 40, com escores mais altos indicando maior controle percebido ou maior controle do estresse.</p> <p>- Com a pontuação obtida por meio da escala, realizar as orientações ou aconselhamento ao cliente ou ainda encaminhar ao serviço de psicologia.</p> <p>*Instrumento original encontra-se no site: <a href="http://www.nursing-research-editor.com">http://www.nursing-research-editor.com</a> **A pontuação é revertida nesses itens.</p>
<p><b>CONTROLE DA DOENÇA</b></p> <p>Monitoramento semanal pelo Algoritmo de Ajuste de Diurético (AAD) e ampliação do conhecimento clínico sobre o Peptídeo Natriurético do tipo B (BNP) (FEIJÓ, 2012).</p>	<p>Avaliar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Medicações em uso (beta bloqueador, antiinflamatórios não esteroides, inibidor da Cox-2): Revisar a dose de diurético;</li> <li>- Dieta (restrição de sal, ingesta hídrica, fornecer orientação sobre alimentação);</li> <li>- Adesão: Reforçar orientações;</li> <li>- Avaliar sintomas referidos (falta de ar, dispneia, edema) para verificar dose extra de diurético; Telefonar para o paciente em 48 horas.</li> <li>- Avaliar ganho de peso [rápido (<math>\geq 1\text{kg}/\text{dia}</math>) ou gradual (<math>&lt; 1\text{kg}/\text{dia}</math>)] e avaliar tendência e parâmetro de variação do peso; Se não houver alteração de peso em 48 horas, oferecer dose extra de diurético por dois dias e orientar.</li> <li>- Se não houver diminuição do peso ou dos sintomas encaminhar para consulta médica e coleta de exames laboratoriais (ureia, sódio, potássio e creatinina);</li> <li>- Avaliação do Escore Clínico de Congestão (ECC): <math>\geq 6-7</math> está associado a presença de congestão e indica a necessidade do aumento de diurético, mesmo na manutenção de peso. Considerar causas não cardíacas;</li> <li>- Avaliar tontura, vertigem, fraqueza/fadiga;</li> <li>- Avaliar persistência dos sintomas;</li> <li>- Agendar consulta de enfermagem (FEIJÓ, 2012).</li> </ul>

**QUADRO 13** – Definições constitutivas e operacionais dos indicadores da subdimensão relacionada ao estado cognitivo/psicológico. Crato, 2015.

<b>INDICADOR/ Definição Constitutiva</b>	<b>DEFINIÇÕES OPERACIONAIS</b>
<p><b>PROBLEMAS ESPACIAIS E DE MEMÓRIA EPISÓDICA</b></p> <p>Orientação prejudicada acerca do lugar e do tempo em que a pessoa se encontra (HJELM et al., 2012).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Possibilitar estratégias de inserção dos familiares e cuidadores do paciente com IC demonstrando a importância destes junto à prevenção da exclusão social e o auxílio às atividades em que o paciente apresenta capacidade prejudicada para tal.</li> <li>- Observar características definidoras de problemas espaciais e de memória durante o processo de cuidado na UTI.</li> <li>- Orientar familiares/cuidadores sobre observar comportamentos preditivos de limitar a adesão ao tratamento e ao autocuidado.</li> <li>- Orientar familiares e cuidadores sobre a medicação assistida.</li> <li>- Encaminhar os familiares/cuidadores aos serviços de apoio social psicológico para obter informações sobre a convivência saudável e inserção social dentro dos limites de cada paciente.</li> </ul>
<p><b>CONHECIMENTO DA DOENÇA</b></p> <p>Capacidade prejudicada de atender aos sintomas físicos internos associada ao declínio da idade (RIEGEL et al., 2010).</p>	<p>O enfermeiro deve auxiliar o paciente a desenvolver a melhor cognição dos sintomas relacionados às suas próprias experiências; deve instigá-lo a descobrir por meio de atividades gradativas de esforço, quais destas proporcionam fadiga e em que proporção. E, a partir daí, solicitar que o paciente faça associações dos sintomas aos tipos de atividades de sua vida diária, como vestir-se, pentear os cabelos, caminhar, subir escadas, dirigir.</p>

## 7.2 Dimensão educação em saúde para o autocuidado

Nos quadros 14 e 15, têm-se as definições constitutivas e operacionais dos indicadores das subdimensões intervenções educativas para o autocuidado e métodos não farmacológicos, respectivamente:

**QUADRO 14** – Definições constitutivas e operacionais dos indicadores da subdimensão relacionada às intervenções educativas para o autocuidado. Crato, 2016.

<b>INDICADOR/ Definição Constitutiva</b>	<b>DEFINIÇÕES OPERACIONAIS</b>
<p><b>AUTOCUIDADO</b></p> <p>Ou auto-atendimento, é definido como um processo de tomada de decisão natural que envolve a escolha de comportamentos que mantêm a estabilidade fisiológica (manutenção) e a resposta aos sintomas quando ocorrem (gestão) em um determinado nível de autoconfiança (confiança) (RIEGEL et al., 2009).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O enfermeiro deve avaliar o processo de tomada de decisão do paciente.</li> <li>- O auto cuidado deve ser avaliado em intervalos mensais durante seis meses; Depois passa a ser avaliado a cada seis meses, por meio das escalas de Manutenção, Confiança e Gestão*.As escalas são utilizadas individualmente e são padronizadas para uma pontuação de 100 para torná-las comparáveis entre escalas de outros estudos ou versões.</li> <li>- De acordo com a pontuação o enfermeiro junto à equipe interdisciplinar farão intervenções educativas e de aconselhamento objetivando fazer com que o paciente organize o pensamento sobre como está se sentindo no(s) último(s) mês(es) e o que pretende fazer para melhorar seu autocuidado (RIEGEL et al., 2009).</li> <li>- Para avaliar o item de autocuidado circule um número na escala tipo Likert* a cada item.               <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Pesa-se?</li> <li>B. Procura observar inchaço principalmente em tornozelos?</li> <li>C. Pede dieta hipossódica quando sai de casa?</li> <li>D. Faz alguma atividade física?</li> <li>E. Esquece de tomar algum medicamento?</li> <li>F. Procura atualizar suas Imunizações contra gripe/pneumonia?</li> <li>G. Utiliza alguma maneira de lembrar de tomar as medicações?</li> <li>H. Segue ou pede orientações da equipe de saúde?</li> </ul> </li> </ul> <p>*O uso do instrumento foi permitido pelos autores em domínio público.            **Pontos:1=não/raramente;2=às vezes;3=frequentemente;4=sempre; Pontuação máxima de 32 (correspondente a 100 na escala original); Quanto mais pontos, maior a capacidade de autocuidado.</p>

**QUADRO 15** – Definições constitutivas e operacionais dos indicadores da subdimensão relacionada aos métodos não farmacológicos. Crato, 2016.

<b>INDICADOR/ Definição Constitutiva</b>	<b>DEFINIÇÕES OPERACIONAIS</b>
<p><b>MANEJO NÃO FARMACOLÓGICO</b></p> <p>Ações que incluem prescrição, orientação, e realização de intervenções à pessoa com ICC, tais como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aferição de peso (pesagem do cliente por meio de uma</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- As ações do manejo não farmacológico à pessoa com ICC devem ser realizadas pelo enfermeiro e ou pela equipe interdisciplinar contando com familiares e cuidadores dessa clientela.</li> <li>- O enfermeiro deve aferir o peso e orientar a pessoa com ICC e seus familiares ou cuidador, sendo necessário uma balança devidamente tarada e a retirada de calçados, roupas e/ou outros itens pesados antes de subir na balança. Aferir o peso, registrar e pedir à pessoa que traga o registro quando do seu retorno ou leve-o sempre que for à consulta. A pesagem em domicílio deve ser diária ou pelo menos, semanal para facilitar os ajustes da dieta e dos medicamentos (RABELO et al., 2012).</li> <li>- O enfermeiro deve orientar dieta saudável com adição diária de até 6g de</li> </ul>

<p>balança antropométrica);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientação sobre ingestão de sódio (determinada pela quantidade de sal adicionada à dieta da pessoa com ICC);</li> <li>- Orientação dietética (inclui recomendações sobre a ingestão adequada de carboidratos, lipídeos e proteínas);</li> <li>- Ingesta hídrica diária (quantidade de líquidos ingeridos durante 24 horas);</li> <li>- Atividade física (atividades programadas com o objetivo de melhorar a capacidade para exercício, a qualidade de vida e reduzir a frequência de hospitalizações);</li> <li>- Reconhecimento precoce dos sinais e sintomas de descompensação;</li> <li>- Vacinação (prevenção de fatores agravantes da condição clínica da pessoa por meio da administração de imunobiológicos) (RABELO et al., 2012; BOCCHI et al., 2012).</li> </ul>	<p>sódio, individualizada e adaptada à condição clínica do paciente (BOCCHI et al., 2009).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Composição da dieta recomendada pelas III Diretrizes de ICC (2009):</li> <li>1) Carboidratos: De 50 a 55% da ingestão energética, priorizando os carboidratos integrais com baixa carga glicêmica, evitando os refinados (açúcar), por agravar a resistência à insulina.</li> <li>2) Lipídeos: De 30 a 35%, com ênfase às gorduras mono e poliinsaturadas, em especial os ácidos graxos da série ômega-3 e níveis reduzidos de gorduras saturadas e trans.</li> <li>3) Proteínas: De 15 a 20% do valor calórico total da dieta, priorizando as proteínas de alto valor biológico.</li> <li>- O enfermeiro deve orientar a restrição na ingestão hídrica conforme as características de cada paciente, especialmente naqueles com as formas mais graves de ICC; Deve ser restrita ao mínimo tolerado; Geralmente varia de 800 ml a 1 litro por dia (GUIMARÃES; BOCCHI et al., 2012).</li> <li>- O enfermeiro junto à equipe interdisciplinar (principalmente fisioterapeuta e educador físico), deve programar treinamento de músculos inspiratórios (que podem ser indicados naquelas pessoas com 70% da pressão inspiratória máxima predita), Pilates, treino intervalado e contínuo, eletroestimulação e hidroterapia (BOCCHI, et al., 2009).</li> <li>- A reabilitação cardiovascular deve ser realizada em pessoa com ICC estável em classe funcional II-III (NYHA) (BOCCHI et al., 2009). O enfermeiro deve orientar a pessoa desde a internação, sobre a intolerância a atividades da vida diária e exercícios físicos ou o aumento desta intolerância como o principal sintoma de agravamento da doença.</li> <li>- Orientar para o autoexame: Checar peso, verificar presença de edema, sono prejudicado, fadiga, estresse, pele fria e pegajosa;</li> <li>- Orientar a procura do serviço de saúde de referência ou o seu médico assistente em presença de qualquer sinal/sintoma (RABELO et al., 2012).</li> <li>- O enfermeiro deve orientar o paciente, familiares e cuidadores sobre os sinais de alerta para descompensação: Dispneia em repouso persistente a despeito do tratamento oral otimizado, ortopneia, edema periférico, taquicardia, PA sistólica abaixo de 90mmHg, alteração mental, comorbidades preditoras de piora de ICC, baixo nível de sódio sérico (&lt;130mEq/L), rápido aumento da creatinina (&gt;2,5 mg/dL)</li> <li>- Orientar a pessoa com ICC, seus familiares e cuidadores sobre as vacinas quanto às doses e períodos de acordo com o calendário vigente no sistema nacional de imunização. Atualmente estão recomendadas as vacinas: <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Anti-influenza: 1 dose a cada ano</li> <li>2) Vacina pneumococcica conjugada 13, valente em duas doses, sendo a 2ª dose realizada em dois meses após a 1ª e reforço após 5 anos.</li> </ul> </li> </ul>
---	---

### 7.3 Dimensão planejamento pós alta

Têm-se abaixo as definições constitutivas e operacionais dos indicadores da subdimensão relacionada ao conhecimento do paciente sobre ICC no quadro 16, dos indicadores daquela relacionada ao planejamento, expressas no quadro 17 e os indicadores da subdimensão relacionada aos encaminhamentos, no quadro 18.



**QUADRO 16** – Definições constitutivas e operacionais dos indicadores da subdimensão relacionada ao conhecimento do paciente sobre ICC. Crato, 2016.

<b>INDICADOR/ Definição Constitutiva</b>	<b>DEFINIÇÕES OPERACIONAIS</b>
<p><b>CONHECIMENTO DO PACIENTE</b></p> <p>Entendimento da pessoa com ICC sobre a definição da doença, suas causas, reconhecimento de sinais e sintomas de descompensação, controle de sal e de líquidos, atividade física, controle de peso, vacinação anual e uso correto de medicações (RABELO et al., 2011).</p>	<p>Aplicar o questionário de conhecimento de pessoas com ICC sobre insuficiência cardíaca de Rabelo et al. (2011).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) O que você entende por ICC?</li> <li>2) Quais sintomas você relaciona à ICC</li> <li>3) A partir de quantos quilos a mais por semana deve procurar o médico?</li> <li>4) Para que você usa captopril e enalapril (inibidores da ECA)?</li> <li>5) Quais os efeitos colaterais devem chamar a atenção e procurar o médico?</li> <li>6) Para que serve digoxina?</li> <li>7) Você sabe os efeitos colaterais da digoxina?</li> <li>8) Você sabe o que a bebida alcoólica pode causar à pessoa com ICC?</li> <li>9) Você sabe para que usar furosemida? Sabe para que usar furosemida?</li> <li>10) Você sabe de alimentos que contribuem para somar líquidos ao corpo?</li> <li>11) Você conhece as restrições para atividade física?</li> <li>12) Você conhece alimentos com pouco sal?</li> <li>13) O que você pode fazer para melhorar sua ICC?</li> <li>14) Quais os motivos que levam você a ser hospitalizado?</li> </ol>

**QUADRO 17** – Definições constitutivas e operacionais dos indicadores da subdimensão relacionada ao planejamento. Crato, 2016.

<b>INDICADOR/ Definição Constitutiva</b>	<b>DEFINIÇÕES OPERACIONAIS</b>
<p><b>PLANEJAMENTO PÓS ALTA</b></p> <p>Conjunto de atividades projetadas, ainda no período de internação, incluindo o plano diário, estímulo às atividades de autocuidado e as limitações de cada estágio da doença. (RABELO et al., 2012).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O plano diário da pessoa com ICC deve ser realizado pela equipe interdisciplinar e incluir o paciente, cuidadores e/ou familiares;</li> <li>- O enfermeiro deve prescrever cuidados não farmacológicos no plano diário da pessoa com ICC, relativas ao(à): Conhecimento da doença e autocuidado: Controle hidrossalino (restrição de sal, de líquidos e controle da diurese); Orientação dietética; Controle de peso; Atividades físicas e acompanhar atividades de reabilitação cardiovascular; Horários de medicações; Controle psicológico sobre o estresse e a ICC; Controle da fadiga; Limitações da ICC (realização de atividades conforme estágio da doença, de acordo com classificação pelo NYHA); Sinais de alerta para complicações; Controle do BNP.</li> </ul>

**QUADRO 18** – Definições constitutivas e operacionais dos indicadores da subdimensão relacionada aos encaminhamentos. Crato, 2016.

<b>INDICADOR/ Definição Constitutiva</b>	<b>DEFINIÇÕES OPERACIONAIS</b>
<p><b>ENCAMINHAMENTOS</b></p> <p>Orientação escrita ao destinatário acerca da possibilidade de inserção dessa pessoa nas ações ou atividades pertinentes ao serviço de saúde especializado (Centro de Diabetes e Hipertensão), aos grupos de apoio a atividades físicas (SESC/ bombeiros), equipe interdisciplinar da Unidade Básica Saúde (UBS), retorno à consulta médica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Para encaminhamento ao serviço ambulatorial de saúde especializado (Centro de Diabetes e Hipertensão), observar se na referência constam as informações acerca da causa da última internação, medicamentos prescritos, restrições (hídrica, alimentar, atividades físicas liberadas e necessidades individuais).</li> <li>- Encaminhamento para atividades físicas, perda ou controle de peso com acompanhamento profissional.</li> <li>- Para encaminhar a grupos de apoio a atividades físicas (em instituições como o SESC, por exemplo), deve haver informações sobre as suas limitações relacionadas às atividades físicas, sinais de complicações da doença e a procura do serviço de saúde em caso de algum sinal/sintoma de agravamento da sua doença.</li> <li>- Programação de dieta alimentar com nutricionista (na Região do Cariri, têm-se este serviço no Centro de Diabetes e Hipertensão);</li> <li>- Encorajar participação em programas de erradicação do tabagismo e de manejo de doenças crônicas com ações interdisciplinares, com educação e monitorização em centro de referência, relativas ao estímulo da adesão ao tratamento, auxílio na capacidade cognitiva, promoção do processo de interpretação dos sintomas vivenciados e bons hábitos de vida.</li> <li>- Integração com equipe interdisciplinar da Unidade Básica Saúde (UBS): O enfermeiro da unidade de terapia intensiva deve informar à equipe da UBS sobre a pessoa com maior dificuldade de compreensão das informações dispensadas, se possível, as preferências de aprendizagem de cada pessoa e apoiar a equipe a integrar estratégias para melhorar o conhecimento de cada pessoa com ICC.</li> <li>- Encaminhamento para programas de reabilitação cardiovascular para melhora da qualidade de vida e capacidade de exercício (procurar a existência desse programa no município de origem do paciente).</li> <li>- Retorno à clínica médica: O encaminhamento da próxima consulta médica deve ser planejado em acordo com o médico assistente (data e horário) e deve ser entregue ao paciente, cuidador ou familiar por escrito.</li> </ul>

De posse e entendimento de todos esses elementos, foi criada uma primeira versão do protocolo, no qual em seu modelo piloto, para cada item havia uma definição simplificada, forma de aplicação e sua avaliação em três dias de internação do paciente, além de espaço para preenchimento da Classificação (NYRA) também por três dias e local para identificação do enfermeiro responsável pelo preenchimento do protocolo e espaço para outras anotações pertinentes ao cuidado de enfermagem.

Este piloto foi encaminhado a três juízes, que avaliaram sua aparência, em relação à clareza, facilidade de leitura e apresentação da letra utilizada, disposição do texto e número de questões apresentadas.

Apesar de todos os critérios terem sido avaliados como adequados pelos três juízes, houve uma consideração feita por um deles no que se refere à disposição do texto, na qual foi indicado não citar a referência completa do item após sua apresentação, mas indicar com números subscritos cada referência citada e ao final do instrumento apresentá-la na íntegra, para retirá-las do quadro do instrumento, deixando-o mais limpo, mas oportunizando o acesso à literatura completa, para quem necessitar. A sugestão foi acatada pela pesquisadora e após as modificações, o protocolo em sua primeira versão foi enviado aos enfermeiros especialistas em cuidados ao paciente com ICC na unidade de terapia intensiva, para validação do conteúdo deste material.

Abaixo, a primeira versão do protocolo construído:

### PROTOCOLO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM À PESSOA COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA EM UTI – Versão 1

Paciente: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ Classificação (NYRA): 1º dia: \_\_\_\_\_ 2º dia: \_\_\_\_\_ 3º dia: \_\_\_\_\_

O que fazer	Como fazer	AVALIAÇÃO / DIA		
		1º dia	2º dia	3º dia
1. Avaliar débito cardíaco (DC)	DC =Quant. de sangue ejetado a cada contração (FE) x Frequência Cardíaca (FC) (DC=FE x FC) Apresenta B3 Apresenta B4 Apresenta bradicardia	DC<4litros( ) DC>5litros( ) DC 4-5 ( ) B3 ( ) B4( ) Bradic( )	DC<4L ( ) DC>5L ( ) DC 4-5 ( ) B3 ( ) B4 ( ) Bradic( )	DC<4L ( ) DC>5L ( ) DC4-5L ( ) B3 ( ) B4 ( ) Bradic( )
2. Avaliar edema	Observar sinal de cacifo ou de Godet (pressiona por 10 seg.) ver depressão com profundidade varia de -/4+; +/4; ++/4; +++/4;++++/4	Valor=	Valor=	Valor=
3. Avaliar peso	Observar: - Presença de ascite - Acidose metabólica por alteração de líquidos e eletrólitos - Perfusão tissular alterada	( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( )
4. Avaliar congestão	Observar: - Dispneia - Tosse - Hipóxia - Distensão da veia jugular	( ) ( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( ) ( )
5. Avaliar	Observar:			

frequência cardíaca (FC)	- Taquicardia - Bradicardia - DC aumentado - DC diminuído - Choque cardiogênico	( ) ( ) ( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( ) ( ) ( )
6. Avaliar frequência respiratória (FR)	Observar: - Dispneia leve - Dispneia moderada - Taquipneia - Ortopneia - Dispneia paroxística noturna - Fadiga	( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
7. Avaliar pressão arterial (PA)	Observar: - Hipertensão - Hipertensão sistólica isolada - Hipotensão	( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( )
8. Avaliar problemas espaciais e de memória	Observar: - Desorientação no tempo - Desorientação no espaço - Capacidade prejudicada para ler - Capacid. prejudicada para escrever	( ) ( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( ) ( )
9. Avaliar controle do estresse; Planejar orientações/ aconselhamento conforme pontuação da <i>Scale Revised</i> <sup>1</sup>	A) Pode gerenciar condição cardíaca B) Pode tomar atitudes sozinho paralisar com a ICC C) Quando gerir bem a vida pessoal a ICC não vai incomodar tanto D) Demonstra habilidade para controlar seus sintomas E) Não consegue aliviar seus sintomas F) Lida efetivamente com a ICC G) Apresenta autocontrole sobre a ICC H) Sente-se impotente diante da ICC  <b>Avaliação:</b> De 1 (concordo totalmente) a 5 (discordo totalmente). Total pode variar de 8 a 40. Maior pontuação = Maior controle do estresse	A = B = C = D = E = F = G = H =  Total =	A = B = C = D = E = F = G = H =  Total =	A = B = C = D = E = F = G = H =  Total =
10. Avaliar capacidade de autocuidado por meio das escalas de manutenção, confiança e gestão <sup>2</sup>	A) Pesa-se B) Edema C) Pede dieta hipossódica D) Ativ. Física E) Esquece de tomar medicamentos F) Imunizações: Influenza/pneumonia G) Usa modos de lembrar medicações H) Segue/pede orientações da equipe  <b>Avaliação:</b> 1=não/raramente;2=às vezes;3=Freqüentemente;4=Sempre. Pontuação máx.=32. Maior pontuação = Maior capacidade de autocuidado	A = B = C = D = E = F = G = H =  Total=	A = B = C = D = E = F = G = H =  Total=	A = B = C = D = E = F = G = H =  Total=
11. Orientar paciente/família/cuidador	Marcar, se orientou: A) Aferição de peso B) Ingesta de sódio C) Orientação dietética D) Ingesta hídrica diária E) Atividade física F) Capacitação para reconhecimento precoce de sinais e sintomas de descompensação G) Imunização H) Reabilitação cardiovascular	A ( ) B ( ) C ( ) D ( ) E ( ) F ( )  G ( ) H ( )	A ( ) B ( ) C ( ) D ( ) E ( ) F ( )  G ( ) H ( )	A ( ) B ( ) C ( ) D ( ) E ( ) F ( )  G ( ) H ( )
12. Planejar alta:	Perguntar ao paciente/cuidador e marcar			

Avaliar conhecimento do paciente/família/cuidador sobre ICC e aplicar questionário adaptado de conhecimento sobre ICC <sup>3</sup>	se respondeu corretamente: A) O que entende por ICC? B) Quais sintomas relaciona à ICC? C) A partir de quantos quilos a mais por semana deve procurar o médico? D) Para que usa captopril e enalapril? E) Quais os efeitos colaterais chamam a atenção e o levam a procurar o médico? F) Para que serve digoxina? G) Sabe efeitos colaterais da digoxina? H) Sabe o que a bebida alcoólica pode causar em pessoas com ICC? I) Sabe para que usar furosemida? J) Sabe de alimentos que contribuem para somar líquidos ao corpo? K) Sabe das restrições para atividade física? L) Sabe de alimentos com pouco sal ? M) O que pode fazer para melhorar sua ICC? N) Quais motivos o levam a ser hospitalizado?	A ( ) B ( ) C ( ) D ( ) E ( ) F ( ) G ( ) H ( ) I ( ) J ( ) K ( ) L ( ) M ( ) N ( )	A ( ) B ( ) C ( ) D ( ) E ( ) F ( ) G ( ) H ( ) I ( ) J ( ) K ( ) L ( ) M ( ) N ( )	A ( ) B ( ) C ( ) D ( ) E ( ) F ( ) G ( ) H ( ) I ( ) J ( ) K ( ) L ( ) M ( ) N ( )
13. Realizar encaminhamentos	Atividade física com grupos de apoio Programa de dieta alimentar em centro de referência Programa de erradicação do tabagismo Programa de manejo de doenças crônicas por equipe interdisciplinar Programa de reabilitação cardiopulmonar	( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
<b>Resultados esperados</b>	Paciente/família/cuidador compreende a ICC, tratamento, resultados de exames e cuidados	( ) Preparados para alta da UTI	( ) Preparados para alta da UTI	( ) Preparados para alta da UTI e entregar manual
14.Retorno	Local: _____	Data: ____ / ____ / ____ Hora: _____		

Enfermeiro/a responsável pelo preenchimento:

1º dia: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

2º dia: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

3º dia: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

#### Referências

1. MOSER et al. (2009)
2. RIEGEL et al. (2009)
3. RABELO et al. (2011)

## *Fase 3*

# *Validação por especialistas*



*“... a realidade é extremamente complexa e não se deixa enquadrar pelo conceito teórico, nem reduzir a fórmulas simples (a ilusão racionalista de uma teoria do todo). Para se ter acesso a ela, necessita-se de sensibilidade, de intuição e de capacidade de comunhão com ela. Particularmente no campo da educação, da medicina, da política e das ciências relacionadas com a vida e a ecologia, tem-se necessidade de algo mais do que o conhecimento científico... a linguagem define a singularidade humana. Sua função é construir mundos humanos, e é só a partir daí que ela é meio de comunicação”.*

*Leonardo Boff*

## **8 FASE 3: VALIDAÇÃO POR ESPECIALISTAS**

### **8.1 Caracterização dos especialistas**

Foram recebidas as avaliações de cinco enfermeiros que alcançaram o escore entre cinco e oito pontos (três especialistas com escore 5, um com escore 7 e um especialista com escore 8), de acordo com critérios adaptados de Fehring apresentados anteriormente.

Ante os resultados percebemos que os especialistas foram considerados detentores de saberes e práticas relacionados ao cuidado de enfermagem às pessoas com ICC, apresentando, portanto, aptidão para a validação do instrumento proposto nesse estudo.

Uma das principais dificuldades encontradas nesta fase foi em relação ao tempo de devolução dos protocolos avaliados, que foi praticamente quadruplicado, apesar de terem sido selecionados especialistas locais e de fácil acesso. Sobre o ponto de vista da participação de especialistas em um determinado processo de validação de conteúdo, Oliveira (2011) refere que encontrou a mesma dificuldade, revelando que mesmo com a estratégia de planejar antecipadamente um tempo maior e estender o prazo para devolução dos instrumentos, ainda, assim, há muita probabilidade de não devolução de todos os instrumentos.

Ao se pronunciar sobre a demora na devolução dos instrumentos, Borges (2012) refere que isto pode ocorrer pelo fato de os especialistas serem bastante ocupados e sobrecarregados pelas suas atividades profissionais. Além disso, o mesmo autor cita que a avaliação de conteúdo requer disponibilidade de tempo e concentração para concatenar os pensamentos, refletir e avaliar os critérios determinados pela validação do conteúdo e, ainda não obter nenhuma remuneração pelo trabalho.

Nessa pesquisa, a maior parte dos especialistas era do sexo feminino e a predominância disso, segundo Oliveira (2011), está associada à grande maioria de mulheres que constituem a profissão do enfermeiro em relação a número de homens.

A média de idade encontrada foi de 30,8 anos. Três especialistas concluíram seu curso de graduação em Enfermagem na Universidade Regional do Cariri, um deles concluiu a graduação na Faculdade Santa Emília e o outro, na Faculdade Santa Maria, ambas no estado da Paraíba. A média do tempo de conclusão do curso foi de 9,6 anos.

Quanto à área de atuação profissional, todos os especialistas desenvolvem atividades assistenciais em unidades de terapia intensiva que recebem adultos (UTI adulto), mas dois deles também atuam na docência. O tempo de atuação em cuidados aos pacientes com ICC em UTI variou de seis a 13 anos. Sobre os cursos de especialização, dois deles são especialistas em enfermagem cardiovascular e três possuem título de especialização em cuidados intensivos, sendo que um desses possui também especialização em urgência e emergência.

O estudo de Oliveira et al. (2009) indica que cursos de pós-graduação *lato sensu* na área de Enfermagem proporcionam um direcionamento para determinada área do conhecimento oportunizando o aprimoramento do cuidar. Essa perspectiva de aperfeiçoamento do enfermeiro tem sido o foco para o trabalho em saúde, visando à satisfação profissional e a assistência de qualidade aos usuários dos diversos serviços de saúde.

Todos os especialistas afirmaram ter produção científica relacionada à área cardiovascular, embora, somente um tenha publicação em periódico com classificação Qualis CAPES B2 e esta versa sobre sistematização da assistência de enfermagem em UTI.

Um especialista declarou que participa de um grupo de pesquisa em enfermagem cardiovascular junto à Universidade Regional do Cariri, instituição pública reconhecida pela importância acadêmica e social na produção do conhecimento. Para Borges (2011), essa participação em grupos de pesquisa ou estudo, assim como as especializações acadêmicas, favorecem um contato com a temática possibilitando agregar saberes.

Quanto ao local de residência dos especialistas, a maioria reside na região do Cariri cearense, sendo dois no município de Crato, um em Juazeiro do



Norte e um em Barbalha. Apenas um deles reside na região Centro Sul do estado, no município de Icó.

## 8.2 Avaliação dos itens pelos especialistas

De acordo com as dimensões alcançadas no estudo acerca do cuidado de enfermagem às pessoas com ICC, foi construído o protocolo, constituindo-se de 14 itens contendo 78 subitens, descritos e numerados no quadro a seguir:

**QUADRO 19** – Itens e subitens do protocolo de desenvolvido. Crato, 2016.

ITEM	SUBITEM
Avaliar débito cardíaco (DC)	1. DC =Quant. de sangue ejetado a cada contração (FE) x Frequência Cardíaca (FC) (DC=FE x FC)
	2. Apresenta B3
	3. Apresenta B4
	4. Apresenta bradicardia
Avaliar edema	5. Observar sinal de cacifo ou de Godet (pressiona por 10 seg.) ver depressão com profundidade varia de -/4+; +/4; ++/4; +++/4;++++/4
Avaliar peso	6. Presença de ascite
	7. Acidose metabólica por alteração de líquidos e eletrólitos
	8. Perfusão tissular alterada
Avaliar congestão	9. Dispneia
	10.Tosse
	11.Hipóxia
	12.Distensão da veia jugular
Avaliar frequência cardíaca (FC)	13.Taquicardia
	14.Bradicardia
	15.DC aumentado
	16.DC diminuído
	17.Choque cardiogênico
Avaliar frequência respiratória (FR)	18.Dispneia leve
	19.Dispneia moderada
	20.Taquipneia
	21.Ortopneia
	22.Dispneia paroxística noturna
	23.Fadiga
Avaliar pressão arterial (PA)	24.Hipertensão
	25.Hipertensão sistólica isolada
	26.Hipotensão
Avaliar problemas espaciais e de memória	27.Desorientação no tempo
	28.Desorientação no espaço
	29.Capacidade prejudicada para ler
	30.Capacidade prejudicada para escrever
Avaliar controle do estresse; Planejar orientações/ aconselhamento	31.Pode gerenciar condição cardíaca
	32.Pode tomar atitudes sozinho para lidar com a ICC
	33.Quando gerir bem a vida pessoal a ICC não vai incomodar tanto

conforme pontuação da <i>Scale Revised</i> <sup>1</sup>	34. Demonstra habilidade para controlar seus sintomas
	35. Não consegue aliviar seus sintomas
	36. Lida efetivamente com a ICC
	37. Apresenta autocontrole sobre a ICC
Avaliar capacidade de autocuidado por meio das escalas de manutenção, confiança e gestão <sup>2</sup>	38. Sente-se impotente diante da ICC
	39. Pesa-se
	40. Edema
	41. Pedir dieta hipossódica
	42. Atividade física
	43. Esquece de tomar medicamentos
	44. Imunizações: Influenza/pneumonia
Orientar paciente/família/cuidador	45. Usa modos de lembrar medicações
	46. Segue/pede orientações da equipe
	47. Aferição de peso
	48. Ingesta de sódio
	49. Orientação dietética
	50. Ingesta hídrica diária
	51. Atividade física
	52. Capacitação para reconhecimento precoce de sinais e sintomas de descompensação
Planejar alta: Avaliar conhecimento do paciente/família/cuidador sobre ICC e aplicar questionário adaptado de conhecimento sobre ICC <sup>3</sup>	53. Imunização
	54. Reabilitação cardiovascular
	55. O que entende por ICC?
	56. Quais sintomas relaciona à ICC?
	57. A partir de quantos quilos a mais por semana deve procurar o médico?
	58. Para que usa captopril e enalapril?
	59. Quais os efeitos colaterais chamam a atenção e o levam a procurar o médico?
	60. Para que serve digoxina?
	61. Sabe efeitos colaterais da digoxina?
	62. Sabe o que a bebida alcoólica pode causar em pessoas com ICC?
	63. Sabe para que usar furosemida?
	64. Sabe de alimentos que contribuem para somar líquidos ao corpo?
	65. Sabe das restrições para atividade física?
66. Sabe de alimentos com pouco sal?	
67. O que pode fazer para melhorar sua ICC?	
68. Quais motivos o levam a ser hospitalizado?	
Realizar encaminhamentos	69. Atividade física com grupos de apoio
	70. Programa de dieta alimentar em centro de referência
	71. Programa de erradicação do tabagismo
	72. Programa de manejo de doenças crônicas por equipe interdisciplinar
Resultados esperados	73. Programa de reabilitação cardiopulmonar
Retorno	74. Paciente/família/cuidador compreende a ICC, tratamento, resultados de exames e cuidados
Enfermeiro/a responsável pelo preenchimento	75. Local, data, horário
	76. 1º dia
	77. 2º dia
	78. 3º dia

A partir daqui, trataremos apenas os subitens a partir de sua numeração. A tabela 4 mostra o percentual de concordância na avaliação dos itens/subitens pelos especialistas, conforme os critérios psicométricos de Pasquali (2007) e o valor da adequação de cada subitem ao cuidado de enfermagem.

**TABELA 1** – Adequação e concordância entre especialistas na avaliação psicométrica dos itens do protocolo. Crato, 2016.

SUBITEM	CONCORDÂNCIA				VALOR DA ADEQUAÇÃO
	Simplicidade %	Clareza %	Relevância %	Precisão %	
<b>DIMENSÃO INDIVIDUAL</b>					
Subdimensão relacionada ao estado biológico					
1	100	60	100	60	4,6
2	80	80	40	60	2,2
3	80	80	40	100	2,8
4	100	100	80	100	4,3
5	100	60	100	60	5
6	100	100	100	100	5
7	80	80	100	100	4,6
8	100	100	100	100	5
9	100	100	100	100	5
10	100	100	60	100	3,5
11	100	100	100	100	5
12	100	100	100	100	5
13	100	100	100	100	4,3
14	100	100	100	100	4,3
15	40	40	60	40	3,6
16	80	80	100	80	5
17	100	40	100	40	4,2
18	100	100	100	100	5
19	100	100	100	100	5
20	100	100	100	100	5
21	100	100	100	80	5
22	80	80	100	80	5
23	100	100	100	100	5
24	100	100	100	100	5
25	100	100	80	100	4,3
26	100	100	100	100	5
Subdimensão relacionada aos estados sociocomportamentais					
27	100	60	60	100	4,2
28	100	60	60	100	3,5

<b>29</b>	100	40	60	80	2,9
<b>30</b>	80	40	40	100	2,3
<b>Subdimensão relacionada ao estado psicológico/cognitivo</b>					
<b>31</b>	100	40	60	60	3,6
<b>32</b>	60	60	60	40	3,8
<b>33</b>	40	60	60	60	3,8
<b>34</b>	40	60	60	40	2,9
<b>35</b>	40	40	40	40	3,2
<b>36</b>	80	60	80	40	3,5
<b>37</b>	40	60	60	40	3,8
<b>38</b>	60	60	60	60	3,1
<b>DIMENSÃO EDUCAÇÃO EMSAÚDE</b>					
<b>Subdimensão relacionada às intervenções educativas para o autocuidado</b>					
<b>39</b>	100	100	100	80	4,2
<b>40</b>	100	100	100	100	4,6
<b>41</b>	100	60	100	100	5
<b>42</b>	100	100	100	100	4,6
<b>43</b>	100	100	100	100	5
<b>44</b>	80	80	60	60	3,5
<b>45</b>	100	100	100	100	4,2
<b>46</b>	100	100	100	80	3,8
<b>Subdimensão relacionada aos métodos não farmacológicos</b>					
<b>47</b>	100	100	100	100	5
<b>48</b>	100	100	100	60	5
<b>49</b>	100	100	100	100	5
<b>50</b>	100	100	100	100	5
<b>51</b>	100	100	100	100	4,6
<b>52</b>	60	60	80	80	4,6
<b>53</b>	80	20	40	60	3,3
<b>54</b>	100	100	100	80	5
<b>DIMENSÃO PLANEJAMENTO PÓS ALTA</b>					
<b>Subdimensão relacionada ao conhecimento do paciente sobre ICC</b>					
<b>55</b>	100	100	100	80	5
<b>56</b>	100	100	100	80	4,6
<b>57</b>	80	40	60	40	3,8
<b>58</b>	100	80	100	80	4,6
<b>59</b>	100	80	80	60	4,3
<b>60</b>	100	80	100	80	4,6
<b>61</b>	60	40	80	80	4,6
<b>62</b>	100	80	100	80	4,6
<b>63</b>	100	100	100	100	5
<b>64</b>	100	100	100	100	5
<b>65</b>	100	100	100	100	5

<b>66</b>	100	100	100	100	5
<b>67</b>	80	100	100	60	5
<b>68</b>	100	100	100	100	5
Sudimensão relacionadas ao planejamento pós alta e encaminhamentos					
<b>69</b>	100	100	100	100	4,6
<b>70</b>	100	100	100	100	4,6
<b>71</b>	100	100	80	80	4,6
<b>72</b>	100	100	100	100	5
<b>73</b>	100	100	100	100	5
<b>REGISTROS DE RESULTADOS, RETORNO E ASSINATURAS</b>					
<b>74</b>	100	100	100	100	5
<b>75</b>	100	100	100	80	4,6
<b>76</b>	100	100	100	100	5
<b>77</b>	100	100	100	100	5
<b>78</b>	100	100	100	100	5

Quanto à análise do processo de avaliação dos itens, uma maior ênfase foi atribuída aos critérios que apresentaram concordância menor que 80% e valor de adequação menor que 4, pela compreensão de que esses itens corresponderam aos que necessitariam de ajustes ou justificativas para a sua permanência ou exclusão.

Para um melhor entendimento, a análise seguiu a ordem das dimensões e subdimensões contempladas nos itens/subitens avaliados pelos especialistas.

Na dimensão **INDIVIDUAL** do cuidado de enfermagem à pessoa com ICC em UTI, a primeira subdimensão, relacionada ao **estado biológico**, abriga 26 subitens, os quais obtiveram ótimos resultados, visto que desses subitens, 19 (73%) alcançaram concordância de pertinência entre 80 e 100%. Quanto ao valor de adequação, apenas quatro subitens (15%) receberam nota inferior a 4.

O indicador correspondente ao subitem 1 (Débito Cardíaco) obteve um percentual de 60% de concordância quanto aos critérios de clareza e precisão, provavelmente por conta da fórmula apresentada. Foi acrescentada outra opção de cálculo, também ressaltada na revisão da literatura, referente à pressão proporcional de pulso, em que segundo Martins et al. (2012), há uma aproximação da indicação da presença do débito cardíaco diminuído, por meio da fórmula:  $PPP = \frac{PAS - PAD}{PAS}$  onde PPP = pressão proporcional de pulso, PAS = pressão sistólica e PAD = pressão diastólica.

Dessa forma, foi percebida a possibilidade de falha no preenchimento do protocolo, a partir da ausência da utilização do cateter de *Swan Ganz* para obtenção do valor do DC à beira do leito, na região em que esse estudo foi desenvolvido. Entretanto, a permanência do subitem possibilita ao enfermeiro ajudar a determinar ou prevenir manifestações precoces específicas, principalmente do débito cardíaco diminuído (WOODS; FROELICHER; MOTZER, 2005; MARTINS et al., 2012).

Diante da possibilidade da obtenção do valor da fração de ejeção (FE) com conseqüente débito cardíaco junto aos resultados de exames ecocardiográficos (BOCCHI et al., 2009) e esses constituírem parte da relação de exames rotineiros das pessoas com ICC na região estudada, o subitem permaneceu no instrumento com a seguinte modificação: Investigar valores do DC junto ao exame de ecocardiograma.  $DC = FE \times FC$ .

Somado a esse resultado, ao existir a possibilidade do cálculo da pressão proporcional de pulso, houve ainda o acréscimo da fórmula:  $PPP = PAS - PAD/PAS$ , cujos resultados tanto do PPP como do DC devem ser escrito na coluna correspondente aos três dias, considerando-se que poderá haver novos exames, com novos resultados nesses dias.

O subitem 2 do protocolo, identificado por “B3” obteve percentuais de 40% de concordância para a relevância e 60% para a precisão, com valor de 2,2 para adequação. Já o subitem 3 (B4) obteve 40% de relevância, com um valor de 2,8 para a adequação. Nos dois subitens houve modificação com acréscimo dos termos: “Identificar presença de B3 por ausculta cardíaca” e, “Identificar presença de B4 por ausculta cardíaca”. Nas colunas de avaliação diária permaneceram os termos B3 e B4 com parênteses para marcar a presença de um ou outro.

As referidas modificações ocorreram para melhorar a precisão do subitem, aumentando conseqüentemente sua adequação. Quanto à relevância, os subitens se mostram pertinentes na avaliação do enfermeiro à pessoa com ICC, corroborando com a III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca a qual aponta a presença da terceira bulha (B3), como uma das características da insuficiência cardíaca com ejeção reduzida. A persistência de B3 sugere um mau prognóstico da IC crônica descompensada. A mesma Diretriz mostra a presença da quarta bulha

como uma das características de IC com fração de ejeção (FE) normal ou preservada e sua correlação com a IC diastólica (BOCCHI et al., 2009). Portanto, torna-se relevante para o enfermeiro definir a presença de B3 ou B4 para que o cuidado a essas pessoas seja voltado para o alívio dos sintomas e atentar para a prevenção de complicações.

O baixo percentual de relevância (40%) e a baixa nota de adequação (3,5) do subitem número 10, identificado com a expressão “observar tosse”, serviu para identificar que o indicador merecia ser melhor explicado. Se a tosse for avaliada de forma isolada, não terá a força da avaliação associada aos outros achados clínicos relativos à congestão. Entretanto, segundo Barreto e John (2005) e Martins et al. (2012), a tosse, seca ou produtiva, resulta do estímulo de receptores na mucosa das vias aéreas, causado por alterações da pressão pleural, como no derrame pleural ou na atelectasia. Considerando-se a observação da tosse associada aos outros subitens como dispneia, hipóxia e distensão da veia jugular, um achado relevante para a intervenção do enfermeiro junto à IC, ficou definida a permanência do referido subitem.

O subitem 15 (débito cardíaco aumentado) alcançou um percentual de 60% no critério de relevância, 40% nos demais e o valor de 3,6 para adequação. Após a modificação ocorrida no subitem número 1, o termo débito cardíaco resultará no valor do DC normal, aumentado ou diminuído, o que resultou na sua exclusão do protocolo. Este valor, já contemplado no subitem 1, subsidiará ao enfermeiro dados para complementar a avaliação da FC.

Ainda com relação à dimensão individual, o subitem número 17 obteve menores índices de concordância associados aos critérios de clareza e precisão (40% cada). Entretanto, os conceitos de simplicidade e relevância atingiram o percentual de 100% e 4,2 como valor de adequação, comprovando a importância da permanência do subitem, com a necessidade de ajustes.

Sobre o choque cardiogênico Araújo, Nóbrega e Garcia (2013) corroboram com a importância da sua rápida identificação e descrevem intervenções de enfermagem para o caso, tais como, observar hipotensão ortostática, identificar B3, observar sinais de oligúria, preparar drogas cardiotônicas, relatar episódios de

pulso rápido e fino, alteração da perfusão periférica e por fim, iniciar manobras de suporte básico. Ante o exposto, para otimizar o enunciado, foi acrescido o termo “iminência de choque cardiogênico”.

Ao final da avaliação psicométrica dos 26 subitens que compunham a subdimensão relacionada ao estado biológico, cinco desses foram modificados esomente um, excluído.

A subdimensão relacionada ao **estado sócio comportamental** inclui quatro subitens correspondentes aos números de 27 a 30 e devem avaliar problemas espaciais e de memória. Foram os indicadores que obtiveram menores percentuais relacionados aos critérios de clareza e relevância. Para Hjelm et al. (2012), a identificação das características definidoras relacionadas à orientação acerca do lugar e do tempo em que a pessoa com IC se encontra, serão fundamentais para a operacionalização das ações do enfermeiro durante o processo de cuidado na UTI, considerando a capacidade prejudicada para realizar atividades associadas a esses problemas.

Além disso, os autores citam a importância da identificação dessa condição para a orientação do enfermeiro aos familiares e cuidadores, quanto ao comportamento preditivo de limitar a adesão ao tratamento e ao autocuidado enfatizando a medicação assistida (HJELM et al, 2012), havendo a necessidade de encaminhamento dos familiares e cuidadores aos serviços de apoio psicológico e social quando o problema é encontrado, objetivando a aquisição de informações sobre a convivência saudável e a inserção social respeitando os limites de cada pessoa.

É pertinente ressaltar que durante a busca de estudos sobre a temática relacionada ao estado sócio comportamental em pessoas com ICC, o único encontrado, foi o posto em discussão acima. Diante dessa lacuna, há que se indagar sobre a possibilidade da pouca experiência dos enfermeiros relacionada a essa abordagem em pessoas com IC, sobretudo no Brasil e, ao conseqüente percentual baixo de concordância e adequação atribuído aos subitens.

Diante do exposto e conjecturando a validação dos subitens, ficou definida a modificação do termo: “Observar” no início do enunciado, para



“Identificar”; e a exclusão do subitem 30: “Capacidade prejudicada para escrever”, corroborando com a avaliação dos especialistas quanto à menor relevância, em se tratando dessa abordagem no contexto da UTI.

A subdimensão relacionada ao **estado psicológico/cognitivo**, constituída por oito subitens, apresentou menor visibilidade em relação às outras. Do subitem 31 ao 38, deve ser considerada a investigação acerca de situações associadas ao controle do estresse, possibilitando ao enfermeiro uma maior compreensão do fenômeno refletido no processo de cuidado à pessoa com ICC enquanto internada na UTI, além de oferecer subsídios para o planejamento pós alta.

Estudos de Moser et al. (2009) e Rabelo et al. (2011) sinalizam que o controle psicológico influencia no controle da IC. Nesse contexto, foi inserido ao protocolo parte do questionário já validado, proposto por Moser et al. (2009) o qual investiga o controle percebido pela crença das pessoas com ICC em recursos suficientes para lidar com situações negativas, influenciando positivamente a sua natureza adversa. Os escores obtidos por meio dessa escala nortearão o cuidado do enfermeiro quanto às orientações ou aconselhamento ao paciente, à família, ao plano de alta ou ainda, aos encaminhamentos ao serviço de psicologia.

Um aspecto observado na revisão integrativa desse estudo foi a escassez de produções científicas brasileiras nessa área, chamando a atenção para a predominância de artigos mais voltados ao cuidado à subdimensão relacionada ao estado biológico propriamente dito. Apenas o estudo brasileiro de Rabelo et al. (2011) foi encontrado na revisão, que fez emergir a hipótese de uma provável ausência do domínio dessa prática no Brasil e a provável explicação para a baixa percentual de avaliação desses subitens. Dada a observação, vale ressaltar a necessidade de estímulo à pesquisa relacionada a essa temática no Brasil.

Outro aspecto examinado foi o fato de que os enunciados correspondentes a esses subitens fazem parte de um questionário para pessoas com ICC, mas para este estudo, houve uma modificação para ser utilizado no formato de entrevista pelo enfermeiro no período de internação da pessoa com ICC na UTI, no qual as respostas devem ser feitas e marcadas pelo enfermeiro

entrevistador. Os subitens foram resumidos com a finalidade de evitar repetições e superlotação do protocolo. Entretanto, esse evento parece ter influenciado a compreensão pelos especialistas possibilitando a ocorrência de menores percentuais na maioria dos critérios de avaliação.

Nesse contexto, ficou clara a necessidade de revisão, modificação e exclusão de alguns enunciados, dos quais quatro dos oito subitens foram suprimidos nessa subdimensão. Desse modo, as questões da escala de controle de atitudes para o controle do estresse foram reformuladas, porém, sem alterar o conteúdo já validado proposto pelos autores, que foram contempladas em quatro subitens e descritas assim:

- A) Relata estresse associado à ICC;
- B) Demonstra habilidade para lidar com a ICC;
- C) Apresenta autocontrole sobre a ICC;
- D) Sente-se impotente diante da ICC.

A dimensão **EDUCAÇÃO EM SAÚDE** abriga duas subdimensões. A subdimensão relacionada às **intervenções educativas para o autocuidado** foi composta por oito subitens (do 39 ao 46). Essa subdimensão aborda a compreensão do enfermeiro sobre o processo de tomada de decisão natural da pessoa com ICC e envolve a escolha da melhor intervenção de enfermagem relacionada ao nível de autocuidado, ou seja, quanto à estabilidade fisiológica, à resposta da pessoa na presença de sintomas e ao seu nível de autoconfiança frente a essas condições.

Tais aspectos podem ser avaliados por meio das escalas de manutenção (avalia a escolha de comportamentos que mantêm a estabilidade fisiológica), de confiança (avalia o que a pessoa pretende fazer para melhorar seu autocuidado) e de gestão (avalia a resposta da pessoa frente aos sintomas). Essas escalas foram objeto do estudo de Riegel, Dickson e Carlson (2009) e sua utilização foi permitida pelos autores em domínio público.

Parte do conteúdo das escalas foi inserido no instrumento de avaliação da pessoa com ICC, obtendo aprovação em grande parte dos subitens. O subitem 41 obteve menor concordância (60%) somente quanto ao critério psicométrico de

clareza. Já o subitem 44 obteve igual percentual de avaliação (60%) quanto aos critérios de relevância e precisão e nota 3,5 de adequação. O subitem 46 alcançou 3,8 de valor de adequação.

Nessa subdimensão relacionada às intervenções educativas para o autocuidado, nenhum subitem sofreu exclusão ou grandes alterações, mas as sugestões dos especialistas foram acolhidas na íntegra, como descrito:

- O subitem 41 foi modificado de "Pede dieta hipossódica" para "Quando fora de casa pede dieta hipossódica".
- O subitem 44 foi modificado de "Imunizações: Influenza/ pneumonia" para "Atualiza imunizações contra influenza/pneumonia".
- O subitem 46 foi reformulado de "Segue/pede orientações da equipe" para "Segue ou pede orientações da equipe de saúde".

A subdimensão relacionada aos **métodos não farmacológicos** inclui aspectos que conduzem às ações de prescrição, orientação e realização de intervenções associados à pessoa com ICC. Essa subdimensão, constituída por oito subitens (do 47 ao 54), apresentou ótima avaliação pelos especialistas. Os subitens 47, 49, 50 e 51 alcançaram percentual máximo de concordância (100%) em todos os critérios. O subitem 48 obteve percentual máximo nos critérios de simplicidade, clareza e relevância, com menor percentual (60%), apenas no critério de precisão. O subitem 52 alcançou concordância de 60% nos critérios de simplicidade e clareza.

No entanto, o subitem 53 não obteve boa visibilidade; o menor percentual (20%) foi atribuído ao critério de relacionado à clareza, seguido do percentual de 40% para o critério de relevância, 60% para o critério de precisão, resultando em um valor de adequação de 3,3. Os subitens 51 e 52 obtiveram nota de 4,6 e os subitens 48,49, 50 e 54 foram contemplados com 5, ou seja, a pontuação máxima para o valor de adequação.

A avaliação desses subitens proporcionou as seguintes modificações sugeridas pelos especialistas: O subitem 48 foi modificado para "Controle da ingestão diária de sódio". A permanência desse subitem ocorreu por ser imprescindível a orientação à pessoa com ICC quanto à adição de até 6g de sódio, devendo ser

adaptada à condição clínica de cada pessoa (BOCCHI et al., 2009). Já o subitem 52 passou a ser enunciado “Orientação sobre reconhecimento de sinais e sintomas de descompensação”.

O estudo de Rabelo et al. (2012) se adequa à III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca (BOCCHI et al., 2009), mostrando que o enfermeiro deve orientar a pessoa com ICC, desde o início de sua internação, acerca da intolerância às atividades da vida diária e exercícios ou o aumento dessa intolerância como o principal sintoma de agravamento da sua doença.

Os mesmos autores, corroborando com estudos de Domingues et al. (2011) sugerem que cuidadores e familiares devem ser orientados quanto aos sinais de alerta para a descompensação, como a dispnéia em repouso persistente a despeito do tratamento oral otimizado, ortopneia, edema periférico, taquicardia, comorbidades preditoras da piora da ICC, baixo nível de sódio sérico ( $<130\text{mEq/L}$ ), rápido aumento da creatinina ( $>2,5\text{ mg/dL}$ ). Nesse contexto optou-se pela modificação do subitem seguida da sua permanência no instrumento.

O subitem 53 (Imunização) pode ter sido interpretado pelos especialistas como repetitivo, pela inserção do mesmo tema junto à subdimensão anterior, referente ao autocuidado. Entretanto, cabe insistir na sua permanência aqui por fazer parte do manejo não farmacológico às pessoas com ICC, preconizado pela III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca (BOCCHI et al., 2009). Nesse sentido, Schwartzmann et al. (2010) também apontam que há a compreensão de que as pneumonias são comorbidades muito presentes nas pessoas com ICC, internadas em unidade de terapia intensiva.

Ao se pronunciar sobre a questão da imunização Rabelo et al. (2012) demonstram a importância da imunização para as pessoas com ICC como um importante recurso preventivo de fatores agravantes da sua condição clínica. Assim, a escolha de modificar o subitem superou a de exclusão. O subitem 53 acabou ficando no protocolo com o enunciado “Imunização e reforços: anti-influenza; vacinas pneumocócicas”. Assim, nesta subdimensão, houve modificações em três dos oito subitens.

A dimensão **PLANEJAMENTO PÓS ALTA** apresenta duas subdimensões e foi construída a partir do estudo de Rabelo et al. (2012), que aponta esse planejamento como um processo que compreende o conjunto de atividades projetadas ainda no período de internação, incluindo o plano diário de lembrando o estímulo às atividades de autocuidado e as limitações de cada estágio da doença.

A primeira subdimensão (constituída do subitem 55 ao 68) é relacionada ao **conhecimento do paciente sobre ICC**. Esse conhecimento é definido por Rabelo et al. (2011) como o entendimento da pessoa com ICC sobre a definição de sua doença e suas causas, reconhecimento de sinais e sintomas de descompensação, controle hidrossalino, atividade física, controle de peso, vacinação anual e uso correto de medicações. Os autores supracitados construíram um questionário de conhecimento para aplicação em pessoas com ICC sobre insuficiência cardíaca.

A avaliação do conhecimento dessas pessoas, por meio do instrumento, irá facilitar a educação para o autocuidado (RABELO et al., 2011). Parte dele foi utilizada nessa subdimensão, por compreendermos a sua magnitude frente ao conteúdo holístico que vislumbra-se para o cuidado à clientela com ICC.

Ao se pronunciarem sobre o adequado plano de alta das pessoas com ICC, Andrietta, Moreira e Barros (2011) enfatizam a sua relação com a taxa reduzida de internação e com índice reduzido de custos utilizados pelo sistema de saúde. Por outro lado, um inadequado planejamento da alta, além do não seguimento das orientações oferecidas, é apontado como possível fator de rehospitalização dessa clientela.

Quanto ao subitem 57 “A partir de quantos quilos a mais por semana deve procurar o médico?”, os especialistas concordaram em 60% no critério de relevância e 40% no critério de precisão. A pontuação de 3,8 foi dada ao valor de adequação.

Mais uma vez conjectura-se a hipótese de que a orientação sobre a aferição diária de peso assim como o alerta para o ganho semanal desse peso, não constituem uma prática comum entre os especialistas, em se tratando de orientações de enfermagem à pessoa com ICC para a sua vida diária, como fator preventivo de descompensação, como visto na discussão da dimensão anterior. Por

tudo que foi discutido anteriormente decidiu-se que o subitem permanece como proposto, haja visto que foi transcrito do questionário original, validado por juízes.

Ao subitem 61 “Sabe os efeitos colaterais da digoxina”, os especialistas atribuíram percentuais de 60% e 40% para os critérios de simplicidade e clareza, respectivamente. O valor de adequação atingiu 4,6 sendo, portanto, satisfatório.

Acredita-se ser importante esclarecer que no período da internação o enfermeiro não irá entregar o questionário para que a pessoa com ICC responda. Esta avaliação ocorrerá por meio de uma entrevista direta ao paciente/cuidador/familiar, considerando que as pessoas nem sempre estarão em condições de ler ou escrever e o enfermeiro deverá marcar no subitem o que conseguiu abstrair dessa pessoa em relação ao questionamento. Assim, compreende-se não haver necessidade de modificação do subitem.

Os subitens 55, 63, 64, 65, 66, 67 e 68 pontuaram “5”, valor máximo de adequação, dispensando comentários. Os subitens 56, 58, 60 e 62, obtiveram nota de “4,6” e, o subitem 59, “4,3” na adequação ao cuidado à pessoa com ICC, assim, não houve exclusão ou modificações relacionadas a essa subdimensão.

Fica claro o nível satisfatório alcançado pela subdimensão relacionada ao conhecimento do paciente sobre ICC e a importância de sua permanência no instrumento, considerando que, segundo Andrietta, Moreira e Barros (2011) em estudo sobre plano de alta para a pessoa com ICC, apontam uma lacuna relacionada à validação do conhecimento adquirido pelo paciente e família durante a internação.

A segunda subdimensão relacionada aos **encaminhamentos** e resultados esperados além de aprazamento para retorno, foi constituída pelos subitens 69 ao 73 e, trata de orientações escritas acerca da possibilidade de inserção da pessoa com ICC em ações ou atividades pertinentes ao serviço ambulatorial de saúde especializado, grupos de apoio a atividades físicas voltadas para pessoas cardiopatas, tabagistas ou com doenças crônicas, suporte de equipe interdisciplinar de Unidades Básicas de Saúde ou clínicas de ICC, quando houver, entre outros serviços.

Três desses subitens obtiveram percentual de 100% de concordância em todos os critérios e valor de adequação 5. Somente o subitem 71 obteve percentuais de 80% relacionados aos critérios de relevância e precisão e a nota “4,6” de adequação, também considerados índices muito bons. Sendo assim, compreende-se a importância da permanência desses itens na subdimensão sem alterações, a partir da avaliação pelos especialistas.

Os subitens compreendidos entre 74 e 78 foram relacionados ao **registro dos resultados esperados, retorno e assinaturas** e obtiveram avaliação satisfatória com atribuição de 100% para a sua quase totalidade, com exceção do item 75. “Local” em que o critério de precisão foi pontuado com 80% e obteve 4,6 para o valor de adequação. Não obstante, a sugestão dos especialistas foi acolhida resultando em: “Local da revisão/orientação”.

Nesse contexto, finaliza-se a análise da avaliação realizada pelos especialistas; o quadro 19 mostra que do total de 78 subitens correspondentes às dimensões individual, educação em saúde e planejamento pós alta, seis subitens foram excluídos e 17 foram modificados.

**Quadro 20** – Síntese das modificações e exclusões dos subitens a partir das dimensões e subdimensões. Crato, 2016.

DIMENSÕES	SUBDIMENSÕES	Nº de subitens	Exclusão	Modificação
<b>Individual</b>				
	Estado biológico	26	01	05
	Estado sócio comportamental	04	01	01
	Estado psicológico cognitivo	08	04	04
<b>Educação em saúde</b>				
	Intervenções educativas para o autocuidado	08	-	03
	Cuidados não farmacológicos	08	-	03
<b>Planejamento pós alta</b>				
	Conhecimento do paciente sobre ICC	14	-	-
	Encaminhamentos	05	-	-
Registro de resultados esperados, retorno e assinaturas		05	-	01
<b>TOTAL</b>		<b>78</b>	<b>06</b>	<b>17</b>

Sobre o último critério psicométrico avaliado, o critério de amplitude, tem-se que todos os especialistas avaliaram o instrumento como um todo, considerando-o adequado ao cuidado de enfermagem à pessoa com ICC.

Finalizando todas as etapas desta pesquisa, tem-se a seguir a apresentação do protocolo de cuidado de enfermagem, em sua segunda e definitiva versão, após a validação de conteúdo e modificações sugeridas pelos enfermeiros especialistas.

### PROTOCOLO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM À PESSOA COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA EM UTI – Versão 2

Paciente: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ Classificação (NYRA): 1º dia: \_\_\_\_\_ 2º dia: \_\_\_\_\_ 3º dia: \_\_\_\_\_

O que fazer	Como fazer	AVALIAÇÃO / DIA		
		1º dia	2º dia	3º dia
1. Avaliar débito cardíaco pela fórmula do DC ou pela pressão proporcional de pulso (PPP)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- DC = Fração de Ejeção (FE) x Frequência Cardíaca (FC); Ou pela PPP = PAS-PAD/PAS; Ou investigar valor do DC junto ao exame de ecocardiograma.</li> <li>- Identificar presença de B3 por ausculta cardíaca</li> <li>- Identificar presença de B4 por ausculta cardíaca</li> <li>- Bradicardia</li> </ul>	DC = PPP = B3 ( ) B4 ( ) Bradic ( )	DC = PPP = B3 ( ) B4 ( ) Bradic ( )	DC = PPP = B3 ( ) B4 ( ) Bradic ( )
2. Avaliar Edema	Observar sinal de cacifo ou de Godet (pressiona região pré tibial por 10 seg.) ver depressão com profundidade valores variam de 0/4 a 4/4 em uma escala de cruzes: -/4+; +/4; ++/4; +++/4; ++++/4	Valor=	Valor=	Valor=
3. Avaliar peso	Observar: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Presença de ascite</li> <li>- Acidose metabólica por alteração de líquidos e eletrólitos</li> <li>- Perfusão tissular alterada</li> </ul>	( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( )
4. Avaliar Congestão	Observar: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dispneia</li> <li>- Tosse</li> <li>- Hipóxia</li> <li>- Distensão da veia jugular</li> </ul>	( ) ( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( ) ( )
5. Avaliar frequência cardíaca (FC)	Observar: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taquicardia</li> <li>- Bradicardia</li> <li>- DC diminuído</li> <li>- Iminência de choque cardiogênico</li> </ul>	( ) ( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( ) ( )



6. Avaliar frequência respiratória (FR)	Observar: - Dispneia leve - Dispneia moderada - Taquipneia - Ortopneia - Dispneia paroxística noturna - Fadiga	( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
7. Avaliar pressão arterial (PA)	Observar: - Hipertensão - Hipertensão sistólica isolada - Hipotensão	( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( )
8. Avaliar problemas espaciais e de memória	Identificar: - Desorientação no tempo - Desorientação no espaço - Capacidade prejudicada para ler	( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( )
9. Avaliar controle do estresse; planejar orientações e aconselhamento conforme pontuação da <i>Scale Revised</i> <sup>1</sup>	A) Relata estresse associado à ICC; B) Demonstra habilidade para controlar seus sintomas C) Apresenta autocontrole sobre a ICC D) Sente-se impotente diante da ICC  <b>Avaliação:</b> De 1 (concordo totalmente) a 5 (discordo totalmente). Total pode variar de 8 a 40. Maior pontuação = Maior controle do estresse	A = B =  C = D =  Total =	A = B =  C = D =  Total =	A = B =  C = D =  Total =
10. Avaliar capacidade de autocuidado por meio das escalas de manutenção, confiança e gestão <sup>2</sup>	A) Pesa-se B) Edema C) Quando fora de casa pede dieta hipossódica D) Atividade física E) Esquece de tomar medicamentos F) Atualiza Imunizações contra Influenza/pneumonia G) Usa modos de lembrar medicações H) Segue ou pede orientações da equipe de saúde  <b>Avaliação:</b> 1=não/raramente; 2=às vezes; 3=Freqüentemente; 4=Sempre. Pontuação máxima 32; Maior pontuação = Maior capacidade de autocuidado	A = B = C =  D = E = F =  G = H =  Total=	A = B = C =  D = E = F =  G = H =  Total=	A = B = C =  D = E = F =  G = H =  Total=
11. Orientar paciente, família e/ou cuidador	Marcar, se orientou paciente, família e/ou cuidador sobre: A) Aferição de peso B) Controle da ingesta diária de sódio C) Orientação dietética D) Ingesta hídrica diária E) Atividade física F) Orientação sobre reconhecimento de sinais e sintomas de descompensação G) Imunização contra influenza/pneumonia H) Reabilitação cardiovascular	A ( ) B ( ) C ( ) D ( ) E ( )  F ( )  G ( ) H ( )	A ( ) B ( ) C ( ) D ( ) E ( )  F ( )  G ( ) H ( )	A ( ) B ( ) C ( ) D ( ) E ( )  F ( )  G ( ) H ( )
12. Planejar alta: Avaliar	Perguntar ao paciente/cuidador e marcar se respondeu corretamente:			

conhecimento do paciente, família e/ou cuidador sobre ICC; Aplicar questionário adaptado de conhecimento sobre ICC <sup>3</sup>	A) O que entende por ICC? B) Quais sintomas relaciona à ICC? C) A partir de quantos quilos a mais por semana deve procurar o médico? D) Para que usa captopril e enalapril? E) Quais os efeitos colaterais chamam a atenção e o levam a procurar o médico? F) Para que serve digoxina? G) Sabe efeitos colaterais da digoxina? H) Sabe o que a bebida alcoólica pode causar em pessoas com ICC? I) Sabe para que usar furosemida? J) Sabe de alimentos que contribuem para somar líquidos ao corpo? K) Sabe das restrições para atividade física? L) Sabe de alimentos com pouco sal? M) O que pode fazer para melhorar sua ICC? N) Quais motivos o levam a ser hospitalizado?	A ( ) B ( ) C ( )  D ( ) E ( )  F ( ) G ( ) H ( ) I ( ) J ( ) K ( ) L ( ) M ( ) N ( )	A ( ) B ( ) C ( )  D ( ) E ( )  F ( ) G ( ) H ( ) I ( ) J ( ) K ( ) L ( ) M ( ) N ( )	A ( ) B ( ) C ( )  D ( ) E ( )  F ( ) G ( ) H ( ) I ( ) J ( ) K ( ) L ( ) M ( ) N ( )
13. Realizar encaminhamentos	Atividade física com grupos de apoio Programa de dieta alimentar em centro de referência Programa de erradicação do tabagismo Programa de manejo de doenças crônicas por equipe interdisciplinar Programa de reabilitação cardiopulmonar	( ) ( ) ( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( ) ( ) ( )
<b>Resultados esperados</b>	Paciente/família/cuidador compreende a ICC, tratamento, resultados de exames e cuidados	( ) Preparados para alta	( ) Preparados para alta	Entregar cartilha de ICC
14. Retorno	Local da revisão/orientação:	Data: ___ / ___ / ___ Hora: ___		

Enfermeiro/a responsável pelo preenchimento:

1º dia: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

2º dia: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

3º dia: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

#### Referências

1. MOSER et al. (2009)
2. RIEGEL et al. (2009)
3. RABELO et al. (2011)

## Conclusão



*“Há momentos na vida em que, para subir, se faz mister descer e entrar em crise. E para permanecer o mesmo, precisa-se mudar. Porém, se compreendermos que a crise é o nicho generoso onde se prepara o amanhã melhor e a penumbra que antecede o nascer do sol e aí ficarmos firmes, aceitando o desafio e esperando contra toda a esperança, então temos a oportunidade de amadurecer e dar um salto para dentro de um horizonte mais rico de vida humana e divina”*

*Leonardo Boff*

## 9 CONCLUSÃO

A elaboração desse estudo metodológico foi constituída sob a perspectiva da construção e da validação de um protocolo de cuidados de enfermagem à pessoa com ICC, fundamentado na avaliação psicométrica de enfermeiros especialistas na área de terapia intensiva.

Ao refletir sobre a construção desse instrumento, houve a compreensão da necessidade de operacionalização do processo de enfermagem, de forma que o trabalho do enfermeiro seja desenvolvido por meio da sua prática assistencial, ao tempo em que o planejamento e a avaliação das ações e intervenções efetivas, identificadas a partir das necessidades da pessoa com ICC, na unidade de terapia intensiva, sejam sistematicamente documentados.

Nesse contexto, considerando o frequente dimensionamento inadequado de enfermeiros e a conseqüente escassez do tempo desses, para a realização das suas atividades, almejamos a construção de um instrumento que alcance as dimensões do fenômeno em estudo, de forma sistemática, clara, simples, relevante e precisa, conferindo segurança, autonomia e maior visibilidade ao enfermeiro.

O processo de construção desse instrumento de medida ocorreu em fases, a partir da revisão integrativa da literatura pertinente ao tema e seguiu etapas que partiram da compreensão da dimensionalidade, seguida pelas definições constitutivas e operacionais dos indicadores culminando com a operacionalização do construto em itens.

A revisão da literatura proporcionou a identificação da dimensionalidade do fenômeno, direcionando-o para o desmembramento em três dimensões. A primeira, denominada **Dimensão Individual**, evidenciou o cuidado de enfermagem à pessoa com ICC em UTI, envolvendo aspectos relacionados aos estados biológico, psicológico, cognitivo e sócio comportamental. A segunda, denominada **Dimensão Educação em Saúde**, associou as intervenções educativas para o auto cuidado e os métodos não farmacológicos sugeridos pela III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca. A terceira e última, a **Dimensão Planejamento Pós Alta**, ressaltou fatores relacionados ao conhecimento da pessoa com ICC sobre a sua doença, ao

plano diário de atividades dessas pessoas e aos encaminhamentos para serviços ou ações pós alta hospitalar.

As dimensões germinaram indicadores, proporcionando assim, a compreensão da grandeza e da complexidade desse estudo. A princípio, esses indicadores sugeriram a ideia de estarem diretamente ligados uns aos outros. Entretanto, a reflexão mais aprofundada nos mostrou que há entre esses, um processo intrínseco de continuidade, porém, as dimensões encontradas indicaram ser partes de um todo, constituído pelo ambiente em que a enfermagem baseada em evidências, integrada ao serviço de saúde realiza o cuidado à pessoa com insuficiência cardíaca crônica, incluindo o planejamento pós alta da UTI.

Nesse contexto, para um maior entendimento, comentam-se aqui esses aspectos em quatro tópicos:

I – A pessoa com insuficiência cardíaca crônica, como qualquer ser humano que adoece, apresenta um desequilíbrio em seu *continuum* de saúde/doença trazendo consigo as próprias dimensões e formas de expressar suas necessidades de cuidado.

II – A pessoa com ICC no contexto do serviço de saúde no momento em que o enfermeiro acolhe a sua demanda deve ser recebida como um ser que precisa de cuidado individual, observando os seus aspectos biológicos, sócio comportamentais, psicológicos e cognitivos ao traçar as suas intervenções. A estabilidade hemodinâmica na ICC ocorre principalmente por meio da dimensão do manejo adequado dos cuidados profissionais e da infraestrutura do serviço de saúde. Portanto, carecendo de uma base científica para padronizar, flexibilizar e atualizar esses cuidados baseados em novas evidências científicas.

III – A educação em saúde à pessoa com ICC em UTI, integrada aos familiares e cuidadores requer conhecimentos específicos, baseados nas experiências da equipe interdisciplinar e nas evidências científicas atualizadas para instrumentalizar uma abordagem holística a essa clientela.

IV – O planejamento pós alta da pessoa com ICC em UTI, abarca as dimensões da pessoa, do serviço de saúde e da educação para o autocuidado transcendendo assim, os limites da UTI, do serviço hospitalar e do cuidado de enfermagem, para

uma dimensão maior, considerando todo o ambiente em que está inserida esta pessoa e o pensamento interdisciplinar voltado para a diminuição da frequência de readmissões hospitalares.

A partir dos princípios citados acima, foi constituída a fase teórica ou fase de construção do protocolo de cuidados à pessoa com ICC em UTI. Esse instrumento resultou na associação de 14 itens subdivididos em 78 indicadores ou subitens, dispostos em um quadro em que os primeiros foram distribuídos em uma coluna sob o título “o que fazer”, indicando as ações/intervenções a serem realizadas pelo enfermeiro diante das condições identificadas.

Os indicadores denominados de subitens, nesse estudo, foram agrupados sob a coluna que enunciava “como fazer” referente à operacionalização da respectiva intervenção. As três colunas seguintes referiam-se à avaliação das ações realizadas, durante três dias consecutivos. A concentração dos dados em só espaço teve como finalidades, tanto a melhor visualização das ações, quanto a economia de tempo, evitando assim a repetição do trabalho do enfermeiro.

A versão preliminar do protocolo foi encaminhada aos especialistas para avaliação psicométrica sob os critérios de simplicidade, clareza, relevância e precisão, incluindo o valor de adequação e amplitude do instrumento. Esse processo ocorreu por meio da apreciação de cinco especialistas da região do cariri cearense, todos enfermeiros, exercendo atividades em unidade de terapia intensiva. A avaliação do total de 14 itens contemplados nos 78 subitens correspondentes às dimensões: individual, educação em saúde e ao planejamento pós alta, seis subitens foram excluídos e 17 foram modificados.

Esse instrumento obteve um valor de amplitude positivo por todos os especialistas, demonstrando-se com conteúdo validado e adequado ao cuidado de enfermagem ao paciente com ICC na UTI. Desse modo, conclui-se que os objetivos de construção e validação do protocolo foram alcançados.

Houve uma dificuldade frente à realização desse estudo, relacionada à inexistência de instrumentos voltados ao cuidado holístico da pessoa com ICC em UTI, junto à literatura pesquisada e, a conseqüente tarefa de reunir os aspectos considerados fundamentais para esse cuidado, em um só instrumento. Entretanto, o

aspecto relacionado à busca e participação dos especialistas associados a um tempo equânime, para a devolução dos instrumentos respondidos junto ao processo de validação, foi identificado como a maior dificuldade encontrada.

O protocolo de cuidado de enfermagem à pessoa com insuficiência cardíaca crônica em unidade de terapia intensiva mostrou ser viável como subsídio ao enfermeiro para facilitar a operacionalização das ações por meio da identificação de alterações presentes em cada pessoa e dos diagnósticos de enfermagem, direcionando o planejamento, intervenções e avaliações adequadas, sobretudo, com a rapidez que essa condição requer, na maioria das vezes, favorecendo a assistência de qualidade.

Nesse sentido, fica clara a necessidade de um treinamento contínuo do enfermeiro, com base em competências, habilidades e atitudes, sobre os diversos aspectos contemplados no instrumento para que haja efetividade no processo de cuidado às pessoas com essa condição de saúde.

Pela ausência de um instrumento de cuidado a essa clientela em toda a literatura estudada, esse estudo pretende exibir uma parcela de contribuição no cenário do ensino, por favorecer reflexões e discussões sobre o cuidado a essas pessoas e, no panorama da pesquisa, para estudos futuros sobre cuidados de enfermagem à pessoa com ICC, pois as evidências somam-se ou modificam-se com o tempo, originando novas perspectivas para o cuidado clínico aos pacientes críticos.

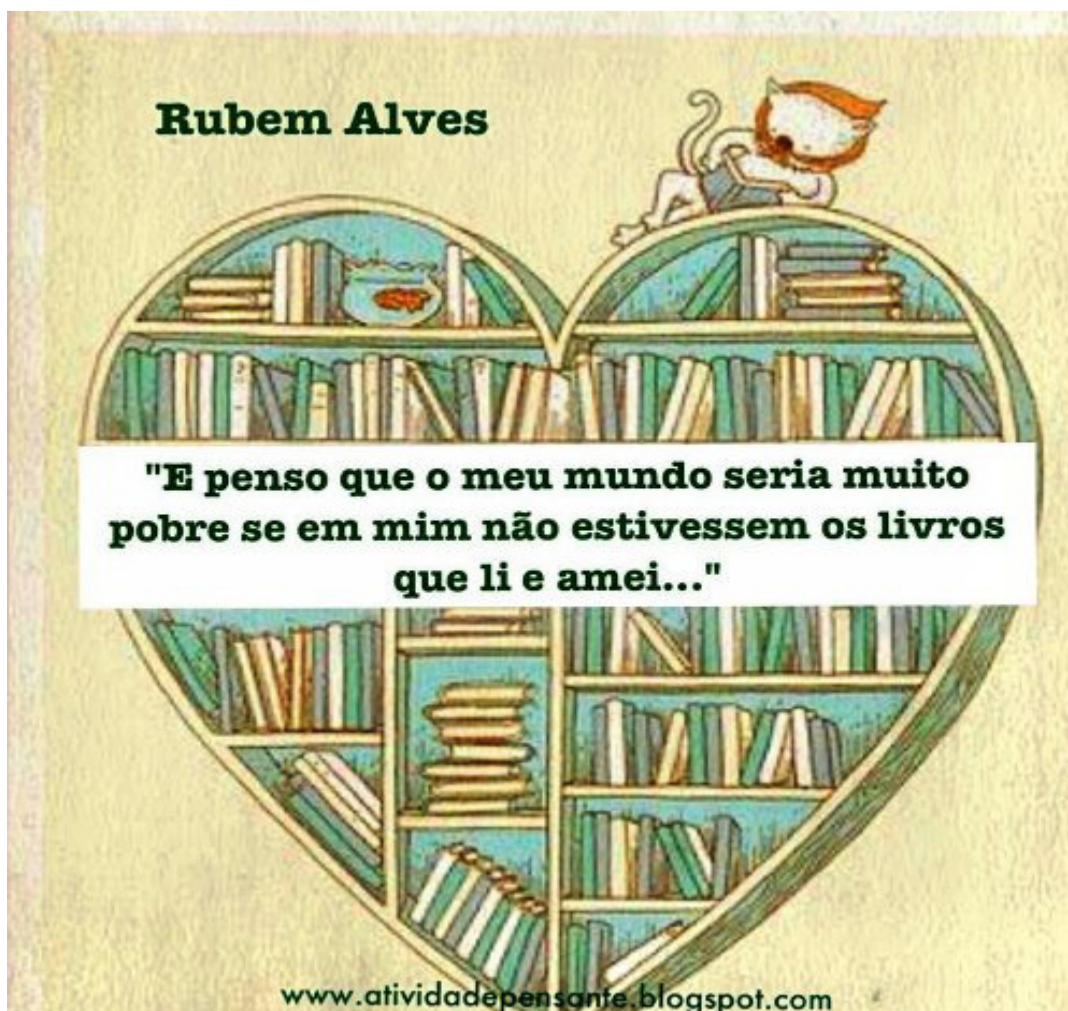
Durante a constituição do instrumento, foi identificada a necessidade da construção de uma “cartilha” contendo informações básicas sobre ICC, para ser entregue ao paciente e cuidadores por ocasião da alta da UTI. Este material já é objeto de um novo estudo originado deste, por meio de um estudo monográfico da aluna do curso de enfermagem da Universidade Regional do Cariri. Após validação, essa cartilha objetiva preencher a lacuna referida acima.

A possibilidade de revalidação desse instrumento, além da validação clínica, junto aos enfermeiros e pacientes conforme o estudo de novas evidências é outro aspecto importante a ser considerado, visto que esse processo é cíclico.

Respeitado o tempo a ser cumprido para o alcance dos objetivos, o estudo instigou o nosso olhar para futuras pesquisas; observou-se que há importantes aspectos a serem abordados sob a perspectiva da insuficiência cardíaca. Entretanto, durante o período dessa pesquisa, nenhum estudo foi identificado acerca da sexualidade e da espiritualidade da pessoa com ICC os quais também são causas das nossas inquietações, visto que o olhar holístico nos permite inferir que esses são aspectos indissociáveis à vida humana, tão importantes quanto os que foram aqui abordados.



## Referências



## REFERÊNCIAS

ABUHAB, A. **Análise de dados de pacientes internados por insuficiência cardíaca descompensada**: impacto sobre desfechos clínicos e custos. 2012. 179f. Tese (doutorado em ciências) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

ALITI, G. B.; RABELO, E. R.; DOMINGUES, F. B.; CLAUSELL, N. Cenários de educação para o manejo de pacientes com insuficiência cardíaca. **Rev. Latino-Am de Enfermagem**, v.15, n.2, mar-abr. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/pt\\_v15n2a23.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/pt_v15n2a23.pdf)>. Acesso em: 05 jul. 2014.

ALLEN, J. K.; DENNISON, C. R. Randomized trials of secundar prevention in patients with coronary artery disease and heart failure: systematic review. **J Cardiovasc Nurs**, EUA, v.25, n.3, p. 207–220, may-jun. 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20386243> >. Acesso em: 10 jul. 2014.

ANCHETA, I. B.; EVANS, M.; MILLER, A. B.; CHIONG, J. R.; BATTIE, C. Does clinician's knowledge of B-type natriuretic peptide levels translate to improvement of quality life and less hospitalization days in patients with heart failure?. **Program Cardiovasc Nurs**, v.24, n.1, p.12-18, mar. 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19261138>>. Acesso em: 10 jul. 2014.

ANDRIETTA, M.P.; MOREIRA, R.S.L.; BARROS, A.L.B.L. Plano de alta hospitalar a pacientes com Insuficiência Cardíaca Congestiva. **Rev. Latino-Am Enferm**, Ribeirão Preto, v.19, n.6, nov-dez. 2011. Disponível em: <[www.scielo.php?pid=s0104-1169201000600023&script=sci\\_arttext&ting=pt](http://www.scielo.php?pid=s0104-1169201000600023&script=sci_arttext&ting=pt)>. Acesso em: 02 jul. 2014.

ARAÚJO, A. A.; SOUSA, M. M.; SILVA, E. P.; SANTOS, S. R.; COSTA, M. M. L.; SILVA FILHO, I. G. Perfil epidemiológico e clínico de pacientes acometidos por insuficiência cardíaca. **Rev. enferm UFPE online**, Recife, v.8, n.3, p.509-513, mar. 2014. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/5745/8586>>. Acesso em: 18 jul. 2015.

ARAÚJO, A. M.; NÓBREGA, 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**, São Paulo, v.47, n.2, p.385-392. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/16.pdf> >. Acesso em: 05 jun. 2014.

BABB, M. Clinical risk assessment: identifying patients high risk for heart failure. **AORN J**, v.89, n.2, p.273-274, 277- 288, feb. 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19200464> >. Acesso em: 10 jul. 2014.

BACAL, F. Insuficiência Cardíaca. **Revista da Liga de Clínica Médica – UNICID**, São Paulo, v.3, n.1. jan- fev. 2014. Disponível em:

<<http://www.ligaclinicamedicaunicid.com.br/revista-de-clinica-medica/edicoes-antiores/insuficiencia-cardiaca/>>. Acesso em: 25 jan. 2015.

BARRETO, J. A. E.; MOREIRA, R. V. O. (org). **A outra margem: filosofia, teorias de enfermagem e cuidado humano**. Fortaleza: Casa de José de Alencar, 2001. 240p. ISBN: 8590269213.

BOCCHI, E. A.; BRAGA, M. F. G.; AYUB-FERREIRA, S. M.; RODHE, L. E.; OLIVEIRA, W. A.; ALMEIDA, D. R. Sociedade Brasileira de Cardiologia. III diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. **Arq. Bras. Cardiol**, v. 93 n.1, supl.1. p.1-7, 2009. Disponível em: <[http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2009/diretriz\\_ic\\_93supl01.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2009/diretriz_ic_93supl01.pdf) >. Acesso em: 12 jun. 2014.

BOCCHI, E. A. et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Atualização da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica - 2012. **Arq Bras Cardiol**, v.98, n.1, supl.1. p.33. 2012. Disponível em: <<http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2012/Diretriz%20IC%20Cr%C3%B4nica.pdf>> . Acesso em: 15 jan. 2015.

BOFF, L. **Princípio de Compaixão e Cuidado**. Petrópolis, RJ.Vozes, 2000. 164p.

BOFF, L. **Crise: oportunidade de crescimento**. Campinas. Verus, 2002. 212p.

BORGES, J. W. P. **Instrumento de validação da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial: desenvolvimento e validação de conteúdo**. 2012. 217f. Dissertação (Mestrado em cuidados clínicos em enfermagem) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. 1 ed. Brasília, 2013.172p. Série: Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. Disponível em: <[http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia\\_Segura.pdf](http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf)>. Acesso em: 10 jun. 2014.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Diretrizes de Educação em Saúde visando à promoção da saúde**: Documento-base I. Brasília: FUNASA, 2007. 70p.

BRASIL. Lei n. 10.973, de 02 de dezembro de 2004. **Diário oficial da união**, Brasília, DF, n. 232, 03 dez. 2004. Seção 1, p.02-04. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=2&data=03/12/2004>>. Acesso em: 07 fev. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde. **Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas**. 2 ed. Brasília, 2010. 372p. Série A: Normas e Manuais Técnicos.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 816, de 31 de maio de 2005. Constitui o Comitê Gestor Nacional de Protocolos de Assistência, Di e Incorporação Tecnológica em Saúde - Diretrizes Terapêuticas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, nº 104, 02 jun. 2005. Seção 1, p63. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=02/06/2005&jornal=1&pagina=63&totalArquivos=112>>. Acesso em: 29 set. 2014.

BRASIL. Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União Nº 12**, 13 de junho de 2013. Seção 1. Página 59. 2013. Disponível em: <<http://portal.in.gov.br/>>. Acesso em: 25 mar. 2015.

BRASIL. Lei n.10.973 de 02 de dezembro de 2004. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, que dispõe sobre incentivos à inovação e à pesquisa científica e tecnológica no ambiente e dá outras providências. Brasília (DF):2004. Disponível em: <[www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2004-2006/2004/lei/l10.973.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2004/lei/l10.973.htm)> Acesso em: 14 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de Saúde. Procedimentos hospitalares do SUS [Internet]. Brasília, 2015. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qiuf.def>>. Acesso em: 08 set. 2015.

BURNS, N.; GROVE, S. K. **Understanding nursing research: building and evidence-based practice**. 5. ed. Elsevier Saunders, 2011. 592p.

CARVALHO, V. **Para uma epistemologia da enfermagem: tópicos de crítica e contribuição**. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN. 2013.

COREN-MG. Câmara Técnica da Atenção Básica. **Protocolo Técnico Assistencial de Enfermagem**. Belo Horizonte, 2006. Disponível em: <<http://www.coren.mg.org.br/basica>>. Acesso em: 29.09.2014.

CULLUM, N.; CILISKA, D.; HAYNES, R. B.; MARKS, S. **Enfermagem baseada em evidências: Uma introdução**. Porto Alegre: Artmed, 2010. 382p.

DELANEY, C.; APOSTOLIDIS, B. Pilot testing of a multicomponent home care intervention for older adults with heart failure: na academic clinical partnership. **J.Cardiovasc Nurs**, v.25, n.5, p.27-40, sep- oct. 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20671564> >. Acesso em: 10 jun. 2014.

DOMINGUES, F. B.; CLAUSELL, N.; ALITI, G. B.; DOMINGUEZ, D. R.; RABELO, E. R. Educação e monitorização por telefone de pacientes com insuficiência cardíaca: ensaio. **Arq Bras Cardiol**, v.96, n.3, p.233-239. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v96n3/aop00611.pdf> >. Acesso em: 10 jun. 2014.

FEIJÓ, M. K. E. F. **Adaptação transcultural, validação de face e conteúdo e aplicabilidade clínica do Direct Treatment Algorithm para o Brasil**. 2012. 96f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem – área de cuidado em enfermagem e saúde) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

FINI, A.; CRUZ, D. A. L. M. Características da fadiga de pacientes com insuficiência cardíaca: revisão de literatura. **Rev Lat Am Enfermagem**, v.17, n.4, p.557-565, jul-aug. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n4/pt\\_19.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n4/pt_19.pdf)>. Acesso em: 10 jun. 2014.

FONSECA, J. A.; MESQUITA, E. T.; QUELUCI, G. C. Estratégias Multidisciplinares e Hospitalizações em Insuficiência Cardíaca. In: MESQUITA, E.T.; QUELUCI, G. C. **Abordagem Multidisciplinar ao Paciente com Insuficiência Cardíaca**. São Paulo: Atheneu, 2013. cap.17, p.199-210.

FUMIS, R. R. L. Humanização da unidade de terapia intensiva. In: **Paciente Crítico: diagnóstico e tratamento**, Hospital Sírio Libanês. 2ed. São Paulo: Manole, 2012.

GUIMARÃES, H. P.; TALLO, F. S.; LOPES, R. D.; ORLANDO, J. M. C. **Guia de Bolso de UTI - AMIB**. São Paulo: Atheneu. 2009.

HJELM, C.; DAHL, A.; BROSTOM, A.; MASTENSSON, J.; JOHANSSON, B.; STROMBERG, A. The influence of heart failure on longitudinal changes in cognition among individuals 80 years of age and older. **J Clin Nurs**, v.21, n.7-8, p.994-1003. 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21883570>>. Acesso em: 10 jul. 2014

HONÓRIO, R.P.P.; CAETANO, J.A.; ALMEIDA, P.C. Validação de procedimentos operacionais padrão no cuidado de enfermagem de pacientes com cateter totalmente implantado. **Rev Bras Enferm**, v.64, n.5. Brasília, 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeções e estimativas da população do Brasil e das Unidades da Federação**. Brasília, 2015. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>>. Acesso em: 03 out. 2015.

JECKEL, J. F.; ELMORE, J. G.; KATZ, D. L. **Epidemiologia, bioestatística e medicina preventiva**. Porto Alegre: Artmed, 2002. 328p. ISBN: 8573074299.

WATTS, S. A.; O'DAY, M.E.; SCHAUB, K.; LAWRENCE, R.; ARON, D.; KIRSH, S. Nurse practitioner-led multidisciplinary teams to improve chronic illness care: the unique strengths of nurse practitioners applied to shared medical appointments/ group visits. **J Am Acad Nurse Pract**, v.21, n.3, p.167-172. mar. 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19302693>>. Acesso em: 10 JUL. 2014.

KNOBEL, Elias. **Terapia Intensiva: Enfermagem**. São Paulo: Atheneu, 2006. 636p.

KROGER, M. M. A.; BIANCHINI, S. M.; OLIVEIRA, A. M. L.; SANTOS, L. S. C. **Enfermagem em Terapia Intensiva: do ambiente da unidade à assistência ao paciente.** São Paulo: Martinari, 2010. 432p.

KRUMHOLTZ, H. M.; CHEN, Y. T.; WANG, Y.; VACCARINO, V.; RADFORD, M. J.; MORWITZ, R. I. Predictors of readmission among elderly survivors of admission with heart failure. In: TURPIE, I. D.; HECKMAN, G. A. **Aging issues in cardiology.** New York: Springer Science Business Media. 2004.

LACERDA, M. R. **O conhecimento na prática profissional a competência, a proficiência e a expertise: A aquisição de julgamento clínico e a relação entre teoria e a prática.** 2002. Dissertação (mestrado em enfermagem) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2002.

LEFEVRE, R. A. **Aplicação do processo de enfermagem: Uma ferramenta para o pensamento crítico.** 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. 303p.

LELOUP, J. Y. **Cuidar do ser: Fílon e os terapeutas de Alexandria.** 8 ed. Petrópolis: Vozes, 2007. 152p.

LIMA, D. V. M.; LACERDA, R. A. **Prática Baseada em Evidências: o Estado da Arte, Limites e Necessidade de Avanços Epistemológicos para Pesquisas em Insuficiência Cardíaca.** In: Abordagem Multidisciplinar ao Paciente com Insuficiência Cardíaca. São Paulo, Atheneu, 2013. cap. 21, p. 251-268.

MARTINS, Milton de Arruda. **Manual do Residente de Clínica Médica.** 1a ed. Barueri-SP: Manole, 2015. 1520p. ISBN: 9788520437278.

MARTINS, Q. C. S.; MEIRELES, P. F.; RABELO, E. R.; ALITI, G. B. Definições conceituais e operacionais das características definidoras do diagnóstico de enfermagem débito cardíaco diminuído. **Rev. enferm. UFSM**, v.2, n.2, p.420-433. 2012. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/3191>>. Acesso em: 21 jul. 2014.

MARTINS, Wolney de Andrade; CAVALCANTI, Ana Carla Dantas. **Clínica de Insuficiência Cardíaca – Relatos de Experiências.** In: Abordagem Multidisciplinar ao Paciente com Insuficiência Cardíaca. São Paulo. Atheneu, 2013. cap. 22, p. 269 - 278.

MATOS, L. N.; GUIMARÃES, T. C. F.; BRANDÃO, M. A. G.; SANTORO, D. C. Prevalence of nursing diagnosis of decreased cardiac output and the predictive value of defining characteristics in patients under evaluation for heart transplant. **Rev. Lat Am Enferm**, v. 20, n. 2, p. 307-315, mar-apr. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/13.pdf>>. Acesso em: 23 jul. 2014.

McEWEN, M.; WILLS, E. M. **Bases Teóricas para a Enfermagem.** 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 576p. ISBN: 8536317884.

MÉIER, M. J. **Tecnologia em enfermagem: desenvolvimento de um conceito**. 2004. 216f. Tese (doutorado em enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão Integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto e Contexto Enferm**, v.17, n 4, p.758-764, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2015.

MERHY, E. E. **Engravidando palavras: o caso da integralidade**. In: Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. 2ed. Rio de Janeiro, Cepesc/UERJ. Abrasco. p.198-210, 2010.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2002..

MERHY, E. E; ONOCKO, R. **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2006.

MESQUITA, E. T.; QUELUCI, G. C. **Abordagem Multidisciplinar ao Paciente com Insuficiência Cardíaca**. São Paulo: Atheneu, 2013. 309p.

MORESI, E. **Metodologia da Pesquisa**. Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2003. 108p.

MORETTI, R. O. P.; ALENCAR, A. K. B.; CAMPOS, E. R. H.; OLIVEIRA, H. M. Potencialidades da problematização Freiriana no ensino de “didática em enfermagem”. **Cogitare Enferm**, v.15, n.2, abr-jun, p.308-313. 2010. Disponível em: <[cjs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/17866/11658](http://cjs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/17866/11658)>. Acesso em: 16 nov.2013.

MOSER, D. K.; RIEGEL, B.; MCKINLEY, S.; DOERING, G. L. V.; MEISCHKE, H.; HEO, S.; LENNIET, A.; DRACUP, K. The Control Attitudes Scale- Revised: psycometric evaluation in three groups of patients with cardiac illness. **Nurs Res**, v. 58, n.1, p.42-51. jan-feb. 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19092554>>. Acesso em: 10 jul. 2014.

NICOLAU, J. C.; TARASOUTCHI, F.; ROSA, L. V.; MACHADO, F. P. **Condutas práticas em cardiologia**. Barueri: Manole, 2010.

NOGUEIRA, P. R.; RASSI, S.; CORRÊA, K.S. Perfil epidemiológico, clínico e terapêutico da insuficiência cardíaca em hospital terciário. **Arq. Bras. Cardiol**, v.95, n.3, p. 392-398. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v95n3/aop09910.pdf>>. Acesso em: 03 set. 2015.

OLIVEIRA, C. J.; SILVA, M. J.; ALMEIDA, P. C.; MOREIRA, T. M. M. Avaliação do risco coronariano em idosos portadores de hipertensão arterial em tratamento. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v. 33 n. 3, p.162-167. 2008. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1983-2451/2008/v33n3/a162-167.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2014.

OLIVEIRA, C. J. **Revisão do diagnóstico de enfermagem “falta de adesão” em pessoas com hipertensão arterial**. 2011. 253f. Tese (Doutorado em enfermagem) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

OLIVEIRA, N. A.; THOFERN, M. B.; CECAGNO, D.; SIQUEIRA, H. C. H.; PORTO, A. R. Especialização em projetos assistenciais de enfermagem: contribuição na prática assistencial dos egressos. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.18, n. 4, p. 697-704. out-dez. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n4/11.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2015.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p.206-213. 1998

PASQUALI, L. Validade dos testes psicológicos: Será possível reencontrar o caminho? **Psic. Teor. e Pesq**, Brasília, v. 23, p. 99-107, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v23nspe/18.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2015.

PASQUALI, L.; PRIMI, R. Fundamentos da Teoria da Resposta ao Item – TRI. **Aval. Psicol.** Porto Alegre, v. 2, n. 2, p.99–110. 2003. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v2n2/v2n2a02.pdf>>. Acesso em: 03 out. 2015.

PASQUALI, L. **Psicometria: Teoria dos testes na psicologia e na educação**. Petrópolis: Vozes, 2003.

PASQUALI, L. **Instrumentos Psicológicos: manual prático de elaboração**. Brasília: LABPAM/IBAPP, v. 141, 1999. 306p.

PEDROLO, E.; SCHNEIDER, F.; POTT, F. S.; RINALDI, E. C.; MARINELI JOAQUIM MEIER, M. J.; DANSKI, M. T. R. Pesquisa clínica em enfermagem: contribuições para inovação tecnológica. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.16, n.3, p. 445-453. 2012. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/548>>. Acesso em: 07 out. 2015.

PILATTI, L. A.; PEDROSO, B.; GUTIERREZ, G. L. Propriedades Psicométricas de Instrumentos de Avaliação: um debate necessário. **Revista Brasileira de Ensino de Ciência e Tecnologia**, v.3, n.1. 2010. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/240985826\\_Propriedades\\_Psicometricas\\_de\\_Instrumentos\\_de\\_Avaliacao\\_Um\\_debate\\_necessario](https://www.researchgate.net/publication/240985826_Propriedades_Psicometricas_de_Instrumentos_de_Avaliacao_Um_debate_necessario)>. Acesso em: 15 jul. 2015.

PIMENTA, C. A. M.; PASTANA, I. C. A. S. S.; SICHIERI, K; GONÇALVES, M. R. C. B.; GOMES, P. C.; SOLHA, R. K. T; SOUZA, W. **Guia para construção de**



**protocolos assistenciais de enfermagem.** COREN São Paulo- Gestão 2012-2014. 46p.

PIROLO, S. M.; FERRAZ, C. A.; GOMES, R.A Integralidade do cuidado na prática interprofissional da terapia intensiva. **Rev. Esc. Enferm USP**,v. 45, n.6. 2011.Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a17.pdf> >. Acesso em: 18 set. 2015.

PIROLO, S. M. **Atuação interprofissional na terapia intensiva:** A integralidade do cuidado e o agir comunicativo de Habermas. 2008. 215f. Tese (Doutorado em enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem.** 7ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 670p.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

RABELO, E. R.; ALITI, G.; LINCH, G. F. C.; SAUER, J. M.; MELLO, A. M. F. S.; MARTINS, S. M.; BILOLO, A. Manejo não farmacológico de pacientes com insuficiência cardíaca descompensada: estudo multicêntrico – EMBRACE. **Acta Paul Enferm**, v.25, n.5, p.660-665. 2012. Disponível em:<[http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n5/en\\_03.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n5/en_03.pdf)>. Acesso em: 15 jul. 2015.

RABELO, E. R.; MANTOVANI, V. M.; ALITI, G. B.; DOMINGUES, F. B. Cross cultural adaptacion and validacion of a disease knowledge and self-care questionnaire for a brazilian sample of heart failure patients. **Rev Lat Am Enferm**, v.19, n. 2, p.277-284. 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21584373>>. Acesso em: 10 jul. 2014.

RABELO, E.R.; ALITI, G. B.; DOMINGUES, F. B.; RUSCHELL, K. B.; BRUN, A. O. O que ensinar aos pacientes com insuficiência cardíaca e porquê: o papel dos enfermeiros em clínicas de insuficiência cardíaca. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v.15, n.1. jan-fev. 2007. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/2412> >. Acesso em: 03 mar. 2015.

RIEGEL, B.; LEE, C. S.; DICKSON, V. V.; CAMERON, J.; JOHNSON, J. C.; BUNKER, S. PAGE, K.; WORRAL- CARTERL, L. Symptom recognition in elders with heart failure. **J Nurs Scholarsh**, v.42, n.1, p.92-100. 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20487191>>. Acesso em: 10 jul. 2014.

RIEGEL, B.; LEE, C. S.; DICKSON, V. V.; CARLSON, B. An update on the self care of heart failure index. **J Cardiovasc Nurs**, v.24, n.6, p.485-97. 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19786884>>. Acesso em: 10 jul. 2014.

SAUER, J.; RABELO, E. R.; CASTRO, R. A.; GOLDRAICH, L.; ROHDE, L. E.; CLAUSELL, N.; BECK, S. L. Nurse's performance in classifying heart failure patients based on physical exam: comparison with cardiologist's physical exam and levels of N-terminal pro-B-type. **J Clin Nurs**, v. 23 n. 24, p.3381-3389. 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20964749>>. Acesso em: 10 jul. 2014.

SCHETTINO, Guilherme.; CARDOSO, Luiz Francisco.; MATAR JR, Jorge.; GANEM, Fernando. **Paciente crítico: diagnóstico e tratamento**. Barueri: Manole. 2ed. 2012. 1068p.

SILVA, A. M.; VIEIRA, M. T. P. **Guia para elaboração de protocolo assistencial de enfermagem para Atenção Básica**. Belo Horizonte: COREn, 2013.

SILVA, E. R. R.; ALITI, G. B.; DOMINGUES, F. B.; ORLANDIN, L. **Abordagem da enfermagem no seguimento de pacientes com insuficiência cardíaca nos diversos cenários de cuidado**. In: Abordagem multidisciplinar ao paciente com Insuficiência Cardíaca. São Paulo: Atheneu, 2013. cap. 8, p.67-78.

SILVA, F. M. F.; RIBEIRO, A. F.; MATOS, L. D. M.; NEGRÃO, C. E. **Reabilitação cardiovascular**. In: NICOLAU, J.C.; TARASOUTCHI, F.; ROSA, L.V.; MACHADO, F.P. *Conduas Práticas em cardiologia*, Cidade: Manole, 2010. p.582-585.

SILVA, S. J.; PORTO, J. D. S.; RASSI, S. Como diagnosticar e tratar insuficiência cardíaca. **Moreira JR**. São Paulo, v. 69, n. 12. nov. 2012. Disponível em: <[http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=5287](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5287)>. Acesso em: 10 mar. 2015.

SILVA, T. N.; SANTANA, R. S.; SANTOS, G. L. A.; SILVA, L. F.; BASTOS, G. M.; GARCIA, T. D. Intervenções de enfermagem no programa de gerenciamento de crônicos: mapeamento cruzado. **Rev. Rene**, v.15, n. 6, p. 998-1006. nov-dez. 2014. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1838>>. Acesso em: 18 ago. 2015.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 9. ed. v.2, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.1034p.

SMEULDERS, E. S.; VANHASSTREGT, J. C.; AMBERGEN, T.; USZKO-LENCER, N. H.; JANSSEN-BOYNE, J. J.; GORGELS, A. P. ; STOFFERS, H. E.; LODERWIJKS-VAN DER BOLT, J. T.; KEMPEN, G. L. Nurse-led self management group programme for patients with congestive heart failure: randomized controlled trial. **J. Adv Nurs**, v.66, n.7. 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20492026>>. Acesso em: 10 jul. 2014.

SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretriz de Reabilitação Cardíaca. **Arq Bras de Cardiol**, v.84, n.5, p.431-40. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v84n5/a15v84n5.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2015.

STOCCO, N. A. G.; MOREIRA, L. F.; **Tratamento cirúrgico da insuficiência cardíaca**. In: NOBRE, F.; SERRANO JR, C.V. Tratado de Cardiologia-SOCESP. São Paulo: Manole, 2005.

SCHWARTZMANN, P.V.; VOLPE, G.J.; MORIGUTI, J.C. **Pneumonia comunitária e pneumonia hospitalar em adultos**. Ribeirão Preto: Medicina. v. 43 n. 3: p. 238-48. 2010.

TANNURE, M. C.; PINHEIRO, A. M. **Sistematização da Assistência de Enfermagem**: Guia prático. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. 312p.

VIEGAS, W. **Fundamentos lógicos da metodologia científica**. 3. ed. Brasília: Fundação Universidade de Brasília. 2007. 241p.

VITOR, A. F. **Comportamento de Prevenção de Quedas em pacientes com cardiopatia isquêmica**: validação de um instrumento de avaliação do resultado de enfermagem. 2010. Projeto de pesquisa (Doutorado em enfermagem) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

WALDOW, V. R. Atualização do cuidar. **Aquichan**, v.8, n.1, p.85-96. 2008.

WALDOW, V. R.; BORGES, R. F. Cuidar e humanizar: relações e significados. **Acta Paul enferm**, v. 29, n.3, p. 414-418. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n3/17.pdf>>. Acesso em: 03 out. 2015.

WATTS, S. A.; GEE, J.; O'DAY, M.E.; SCHAUB, K.; LAWRENCE, R.; ARON, D.; KIRSH, S. Nurse practitioner-led multidisciplinary teams to improve chronic illness care: the unique strengths of nurse practitioners applied to shared medical appointments/ group visits. **J Am Acad Nurse Pract**, v.21, n.3, p.167-172. mar. 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19302693>>. Acesso em: 10 Jul. 2014.

XEXEMEKU, F.; SING, A.; ADJEPONG, Y; ZARICH, S. Preditores de readmissão precoce na Insuficiência Cardíaca em pacientes de um hospital comunitário. **Jornal Mundial de Doenças Cardiovasculares**, v. 4, n.9, p. 4476- 482. 2014.

## *Apêndices*



*“... sabemos que a lei mais fundamental do universo não é a competição e o triunfo do mais forte, mas sim a sinergia e a cooperação de todos com todos. Tudo está urdido por uma rede incomensurável de relações energéticas e materiais. Tudo tem a ver com tudo, em todos os momentos e todas as circunstâncias. Nada nem ninguém pode viver fora dessas relações... A hominização ocorreu, não quando os proto-hominídeos inventaram o instrumento tecnológico para garantir sua existência individual, mas sim, ... quando começaram a repartir solidariamente entre si o alimento que procuraram juntos.”*

## APÊNDICE A – CARTA CONVITE AOS ESPECIALISTAS

Caro/a enfermeiro/a,

Meu nome é Maria Eugênia Alves Almeida Coelho e sou aluna do curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri (URCA). Estou desenvolvendo um projeto de dissertação intitulado ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PESSOA COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO DE CUIDADO, sob a orientação da professora Dra. Célida Juliana de Oliveira.

Nosso estudo tem os seguintes objetivos: Construir um protocolo de cuidados de enfermagem ao paciente com insuficiência cardíaca crônica em unidade de terapia intensiva; e Validar o protocolo de cuidado de enfermagem aos pacientes com insuficiência cardíaca crônica.

Assim, o projeto fundamenta-se na hipótese de que a construção e validação de um protocolo de cuidado à pessoa com ICC proporcionarão acurácia a esta assistência, possibilitando maior segurança e autonomia ao enfermeiro. Consideramos o estudo relevante sob o ponto de vista do aprimoramento da profissão, em especial, dos enfermeiros que atuam em terapia intensiva, local de frequentes internações desta clientela. Portanto, possibilitará a atenção às necessidades reais de enfermagem à pessoa com ICC de forma holística e sistematizada.

Nesse sentido, solicitamos por meio deste email, sua colaboração no estudo na qualidade de especialista em unidade de terapia intensiva e/ou assistência à pessoa com ICC. Sua participação envolverá a apreciação e preenchimento de um instrumento em que você avaliará a adequação dos itens do protocolo de cuidado à pessoa com icc de acordo com instruções que serão encaminhadas junto ao instrumento.

Caso deseje participar, pedimos que **responda este email no prazo máximo de cinco dias**, a contar da data do recebimento, manifestando a sua concordância e explicitando se deseja receber o material (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, as instruções para o preenchimento do instrumento e o instrumento propriamente dito) por via eletrônica (email), via postal ou em mãos. Caso escolha a via postal ou entrega em mãos, solicitamos que nos remeta seu endereço completo e atualizado e telefone para contato. Se preferir receber este material por email, informamos que o TCLE poderá ser devolvido por email (assinado e escaneado) ou entregue diretamente à mestranda, bastando apenas marcar o melhor dia e horário para sua entrega, sem ônus algum para você.

Aguardamos sua resposta e colaboração. Desde já agradecemos antecipadamente.

Atenciosamente,

Maria Eugênia Almeida

## APÊNDICE B–TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro/a Enfermeiro/a.

Meu nome é Maria Eugênia Alves Almeida Coelho e sou aluna do Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri. Estou desenvolvendo um estudo intitulado ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PESSOA COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: CONSTRUÇÃO E AVALIAÇÃO DE PROTOCOLO DE CUIDADO, sob a orientação da professora Dra. Célida Juliana de Oliveira.

Inicialmente, agradecemos imensamente sua concordância em participar do estudo, que é fundamental em virtude da escassez de enfermeiros com sua experiência.

A sua função constará do preenchimento de um instrumento para apreciação da adequação dos itens do protocolo de cuidado de enfermagem à pessoa com ICC. Damos-lhe garantia de que as informações colhidas serão apenas para a realização do presente estudo e asseguramos que a qualquer momento você poderá ter acesso às informações sobre a pesquisa e sobre seus benefícios. Procuraremos não lhe causar nenhum ônus ou prejuízo, mas você poderá sentir algum desconforto psicológico ao responder às questões caso ocorra alguma dúvida. Caso isto ocorra, você poderá nos procurar para dirimirmos este desconforto.

Você terá liberdade de retirar seu consentimento em participar deste trabalho sem que isso lhe traga qualquer prejuízo e, por fim, garantimos não fornecer nenhuma informação a seu respeito que possa identificá-lo de alguma maneira.

Caso aceite participar, solicitamos que envie a resposta em até 20 dias, pois os resultados desta fase do estudo serão essenciais para a execução da fase seguinte. Caso necessário, informamos-lhe o meu nome e o de minha orientadora, o número do meu celular, o endereço postal e o eletrônico para contato.

Nome da aluna: Maria Eugênia A. Almeida Coelho  
Endereço: Rua Cícero Alves de Souza, 25. Bairro Novo Lameiro – Crato/CE  
Email: [eugeniaaacoelho@gmail.com](mailto:eugeniaaacoelho@gmail.com)  
Telefones: (88) 9.9905.1592; (88) 3523.3725; (88) 3523.2380.

Nome da orientadora: Célida Juliana de Oliveira  
Endereço: Rua Cel. Antônio Luiz, 1161 – Departamento de Enfermagem. Bairro Pimenta – Crato/CE  
Email: [celidajuliana@yahoo.com.br](mailto:celidajuliana@yahoo.com.br)  
Telefones: (88) 3102.1212 – Ramal 2618; (88) 9.9675.4887

**ATENÇÃO: Para comunicar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Cariri, à rua Coronel Antônio Luiz, 1161 – Bairro Pimenta – Crato/CE.**

### CONSENTIMENTO PÓS ESCLARECIMENTO

Tendo compreendido tudo o que me foi informado sobre minha participação nesse estudo e estando consciente dos meus direitos, responsabilidades, riscos e benefícios que a minha participação implica, concordo em dele participar e para isso, dou meu consentimento sem que tenha sido forçado ou obrigado.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

---

Assinatura do especialista/RG

---

Assinatura da pesquisadora/RG

## APÊNDICE C – INSTRUÇÕES AOS ESPECIALISTAS

### 1) Descrição sumária dos objetivos do estudo

O estudo intitulado “Assistência de enfermagem à pessoa com insuficiência cardíaca: Construção e validação de protocolo de cuidado” objetiva construir e validar um protocolo de cuidados de enfermagem ao paciente com insuficiência cardíaca crônica em unidade de terapia intensiva.

Este projeto de dissertação fundamenta-se na hipótese de que a construção e validação de um protocolo de cuidados proporcionarão maior acurácia a assistência à pessoa com ICC em UTI. Além disso, trará aprimoramento da profissão, sobretudo dos enfermeiros que atuam em terapia intensiva, local de frequentes internações dessa clientela.

Nesse momento estamos investigando a validade dos itens que constituem o protocolo, com base na sistematização proposta por Fehring (1994) e Hoskins (1989)

A seguir, indicamos alguns dados sobre a linguagem utilizada nesse estudo objetivando facilitar a sua avaliação. Ademais apresentamos as orientações para preenchimento do instrumento.

### 2) Insuficiência cardíaca

A insuficiência cardíaca pode ser definida como uma síndrome complexa em que o coração torna-se incapaz de ofertar oxigênio suficiente para suprir as necessidades metabólicas tissulares, quando o retorno do sangue é normal, ou o faz, por meio de elevadas pressões de enchimento (pré-carga) e ocorre a ativação neuroendócrina e pró-inflamatória (NICOLAU et al., 2010; BOCCHI et al., 2012).

A insuficiência cardíaca crônica (ICC), segundo Smeltzer e Bare (2002) e Nicolau (2010), tanto pode resultar de um episódio agudo, como por exemplo, o infarto agudo do miocárdio, sendo denominada com frequência como insuficiência cardíaca (IC), quanto pode ser causada por eventos que ocorrem gradativamente como a hipertensão arterial crônica e a doença das válvulas cardíacas, sendo, neste caso, comumente denominada como ICC. Em geral, esta síndrome está associada à retenção hidrossalina, tolerância diminuída a esforços, elevada incidência de arritmias ventriculares e redução da qualidade de vida; é considerada como o desfecho final de muitas doenças cardiovasculares (NICOLAU et al., 2010; BOCCHI, 2012).

### 3) Classificação da IC (NYHA)

A III Diretriz Brasileira de ICC apresenta a classificação da insuficiência cardíaca baseada na intensidade dos sintomas, estratificada pelo grau de limitação proposta pela *New York Heart Association* (NYHA). Esta classificação também possibilita uma avaliação da qualidade de vida dos pacientes frente ao seu processo de doença (BOCCHI, 2009). As classes são contempladas a seguir:

- Classe I: Ausência de dispneia durante atividades cotidianas; Semelhante a pessoas normais;
- Classe II: Dispneia desencadeada por atividades cotidianas;
- Classe III: Dispneia desencadeada aos pequenos esforços (menores que os de atividades cotidianas);
- Classe IV: Dispneia em repouso. Para categorizar os pacientes segundo esta graduação devem ser tomadas como referência as atividades de cada indivíduo.

### 4) Protocolo de enfermagem

Os protocolos são definidos por algoritmos em que são padronizadas etapas de um processo de trabalho a fim de uniformizar resultados; em matemática, entende-se algoritmo como um processo de resolução de problemas similares com regras determinadas, sem restrições para se conseguir o mesmo resultado (PIMENTA et al., 2014).

### 5) Psicometria

A psicometria define o percurso metodológico necessário para o desenvolvimento de uma ferramenta de medição com qualidades psicométricas válidas para o que se espera (POLIT; BECK, 2011; PASQUALI, 2003). Entendendo como qualidades psicométricas as propriedades que podem embasar, padronizar, e aferir o instrumento em estudo. Assim, a melhor qualidade de um instrumento de avaliação é determinada por variáveis (propriedades psicométricas) tais como a validade e a confiabilidade; a validade pode ser definida como a capacidade que um instrumento possui de medir



com precisão o fenômeno a ser estudado. A confiabilidade pode ser caracterizada como a capacidade de um instrumento medir fielmente um fenômeno (PILATTI; PEDROSO; GUTIERREZ, 2010).

#### 6) Dimensões e sub dimensões do cuidado de enfermagem provenientes do estudo

Para um melhor entendimento acerca desse cuidado, foi percebida a necessidade de desmembrar os dados em dimensões e subdimensões e relacioná-las aos indicadores encontrados na literatura (quadro 10).

Assim, fundamentados pelas dimensões e subdimensões, cada indicador acolherá a sua definição constitutiva e operacional para originar os itens do protocolo em estudo. Para cada item há uma definição simplificada, forma de aplicação e sua avaliação com espaço para três dias por protocolo.

QUADRO1- Dimensões, subdimensões e indicadores do cuidado de enfermagem à pessoa com ICC em UTI. Crato, 2015

DIMENSÃO INDIVIDUAL	SUBDIMENSÃO	INDICADORES
Cuidado de enfermagem à pessoa com ICC em UTI	Relacionada ao estado biológico	- Débito cardíaco - Edema - Congestão - Frequência cardíaca - Frequência respiratória - Fadiga
	Relacionada ao estado psicológico/ cognitivo	- Controle do estresse - Controle da doença
	Relacionada ao estado sócio/ comportamental	- Controle da doença
DIMENSÃO EDUCAÇÃO EM SAÚDE	SUBDIMENSÃO	INDICADORES
	Relacionada a intervenções educativas para o auto cuidado	- Avaliação do autocuidado
	Relacionada a métodos farmacológicos não	- Avaliação do peso - Alimentação - Ingesta hidrossalina - Atividades físicas - Orientação sobre medicamentos - Vacinação - Clínicas de IC
DIMENSÃO PLANEJAMENTO PÓS ALTA	SUBDIMENSÃO	INDICADORES
	Relacionada conhecimento	- Questionário de conhecimento sobre ICC
	Relacionada planejamento	- plano diário - conhecimento da doença e autocuidado - controle hidrossalino (restrição de sal, de líquidos e controle da diurese) - orientação dietética - controle de peso - atividades físicas e acompanhar atividades de reabilitação cardiovascular

	Relacionada ao encaminhamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- horários de medicações</li> <li>- controle psicológico sobre o estresse e a ICC</li> <li>- controle da fadiga</li> <li>- limitações da ICC (realização de atividades conforme estágio da doença, de acordo com classificação pelo NYHA);</li> <li>- sinais de alerta para complicações.</li> <li>- controle do BNP</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Encaminhamento ao serviço ambulatorial de saúde especializado (Centro de Diabetes e Hipertensão)</li> <li>- Encaminhamento para atividades físicas, perda ou controle de peso -grupos de apoio a atividades físicas</li> <li>- Encaminhamento para programação de dieta alimentar com nutricionista</li> <li>- Encaminhamento para programa de erradicação do tabagismo, programas de manejo de doenças crônicas</li> <li>- Encaminhamento para programas de reabilitação cardiovascular</li> <li>- Retorno à clínica médica:encaminhamento da próxima consulta médica</li> </ul>
--	-------------------------------	---

## 7) Definições constitutivas e operacionais

**DIMENSÃO INDIVIDUAL:** Subdimensão relacionada ao estado biológico

DEFINIÇÃO CONSTITUTIVA	DEFINIÇÃO OPERACIONAL
<p><b>Débito cardíaco</b></p> <p>Quantidade de sangue ejetada pelo coração por minuto (MARTINS et al., 2012).</p> <p>Pode ser avaliado à beira do leito por meio do Cateter SwanGanz, do cateterismo cardíaco direito ou ecocardiograma.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A medida pode ser obtida por meio da fórmula: <math>DC = \text{Quantidade de sangue ejetada a cada contração ventricular} \times \text{frequência cardíaca}</math>. Valores normais variam entre 4 e 5 L/min.</li> <li>- Também pode ser estimado por meio da pressão proporcional de pulso (PPP) obtida a partir da fórmula: <math>(PAS - PAS) / PAS</math>. Valores de PPP &gt; 0,25 são tidos como baixo débito cardíaco.</li> <li>- Características com maior valor preditivo: Terceira bulha (som que pode ser percebido no início da diástole comparável a um galope, mais audível com o paciente deitado e em decúbito lateral esquerdo; Bradicardia (frequência cardíaca inferior a 60 batimentos por minuto); Resistência vascular pulmonar aumentada (medida equivalente à pressão de enchimento ventricular; em geral é empregada como medida que substitui a pré carga; pode ser obtida por meio do cateter de Swan Ganz; valores normais são menores ou iguais a 12mmHg), resistência vascular sistêmica aumentada e fração de ejeção diminuída (fração de sangue ejetada a cada contração ventricular; quantifica a função sistólica ventricular global; a FE normal é em torno de 60% e pode ser avaliada por ventriculografia ou por meio do ecocardiograma).</li> </ul>
<p><b>Edema</b></p> <p>Acúmulo de líquidos no espaço intersticial decorrente de alteração na homeostase do sódio e da água. Pode ocorrer ascite, acidose</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pode ser avaliado por meio do sinal de cacifo ou de Godet (compressão na região pré tibial com o polegar, por 10 segundos, observando se há a formação de depressão); A profundidade da depressão pode variar de 0/4 a 4/4, em uma escala de cruzes (- / 4+; + / 4; ++ / 4; +++/ 4 e ++++/ 4).</li> <li>- Também pode ser avaliado pela verificação do aumento de peso, ou seja, ganho de peso corporal em até 1,3 kg em dois dias ou de 1,3 a 2,2 kg em uma semana. A verificação do peso deve acontecer pela manhã após urinar, antes do café. Deve ser utilizada a mesma balança sempre que for efetuar a</li> </ul>

<p>metabólica e perfusão tissular cardíaca alterada (ARAÚJO; NÓBREGA; GARCIA 2013).</p>	<p>pesagem e utilizando roupas leves.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Em presença de ascite, deve-se acompanhar alterações associadas (estertores, distensão de veia jugular) durante o exame físico, controlar ingestão hídrica, realizar medida de circunferência abdominal diariamente e verificar pulsos periféricos e grau de edema nas pernas.</li> <li>- Quando há acidose metabólica por alteração de líquidos e eletrólitos, o enfermeiro deve avaliar extensão e severidade da retenção hídrica, definir se as alterações laboratoriais são metabólicas ou respiratórias, identificar fatores desencadeantes e discutir terapêutica adotada com a equipe interdisciplinar.</li> <li>- Quando a perfusão tissular cardíaca está alterada, deve-se identificar sinais como pele fria, edema e congestão pulmonar, manter membros aquecidos e higienizados para reduzir riscos de lesões, observar pulso periférico e reconhecer sinais de hipoperfusão tissular cardíaca.</li> </ul>
<p><b>Congestão</b></p> <p>Pode ser definida como o resultado do frágil retorno venoso da circulação periférica, devido à redução da capacidade do coração esquerdo resultando em represamento do sangue nos pulmões. Como consequência, há o estiramento excessivo do coração e a consequente desoxigenação do sangue e extravasamento de líquido para os tecidos pulmonares e alvéolos, edema pulmonar. Pode ser causado por exercícios pesados ou por experiência emocional, sendo possível repetição desse evento, pois o estiramento do músculo cardíaco já está instalada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A <b>congestão</b> pode ser identificada por achados clínicos como a tosse, definida como a liberação súbita de ar dos pulmões; pode ser seca ou produtiva. Na IC a tosse resulta do estímulo de receptores da mucosa das vias aéreas por causas relacionadas a alterações da pressão pleural, como no derrame pleural e atelectasia (BARRETO; JONH 2005, in: MARTINS et al., 2012).</li> <li>A <b>hipóxia</b> é outro achado clínico, ocorrendo da impossibilidade do pulmão congesto realizar a troca de gases satisfatoriamente; esse processo pode decorrer por excesso de volume de líquidos ou desencadeado pela congestão durante o esforço físico além da capacidade funcional. As intervenções de enfermagem relacionadas à presença de hipóxia devem incluir: <ul style="list-style-type: none"> <li>Minimizar esforço físico</li> <li>Observar melhor posicionamento no leito do paciente</li> <li>Monitorar administração de oxigenoterapia</li> <li>Reduzir ingestão hídrica de modo rigoroso (ARAÚJO; NÓBREGA; GARCIA 2013)</li> </ul> </li> <li>Esses achados podem ser observados em atividades com dificuldade para realizar atividades relacionadas aos movimentos no leito, à higiene pessoal, se vestir, e interfere na capacidade de manter as rotinas da vida diária (ADAMS, 2005, in: ARAÚJO; NÓBREGA; GARCIA, 2013).</li> <li><b>Intervenções de enfermagem relativas à habilidade prejudicada para se vestir e se arrumar:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Aprimorar atividades com suas funções reduzidas</li> <li>Atentar para sinais de tontura e hipoperfusão</li> <li>Comunicar aos familiares e cuidadores sobre vestimentas fáceis de vestir (largas e com botões)</li> <li>Manter próximo material de uso próprio para higiene</li> <li>Observar presença de dispneia súbita</li> <li>Oferecer orientação (família e cuidadores) sobre os cuidados no esforço ao paciente se arrumar sozinho</li> <li>Reduzir fatores que precipitam alteração de pressão arterial (esforço maior que suas condições) ao se arrumar.</li> </ul> </li> <li>Outro dado importante de avaliação da congestão é a <b>distensão da veia jugular</b> que indica a alteração de volume das câmaras cardíacas direitas.</li> </ul>

	<p>Deve ser avaliada com o paciente em decúbito dorsal a 45°. Nos pacientes congestos, a turgência da veia jugular pode ser localizada em torno de 3 a 4 cm acima do ângulo esternal (PEGGY, 2006 in: MARTINS et al., 2012).</p>
<p><b>Frequência cardíaca (FC)</b> pode ser definida como o número relativo aos batimentos cardíacos registrado em um minuto. A FC alterada pode ser denominada de <b>taquicardia</b> que é a frequência cardíaca acima de 100 batimentos por minuto (BPM); ou <b>bradicardia</b> quando está abaixo de 60BPM (MARTINS et al., 2012).</p>	<p>A <b>frequência cardíaca (FC)</b> deve ser aferida pelo avaliador posicionado de frente ao paciente, no início do exame físico ou durante o exame cardiovascular, por meio da contagem dos batimentos cardíacos sob a compressão da artéria escolhida no pulso radial, braquial ou carotídeo, em um período de tempo correspondente a um minuto (MARTINS et al., 2012).</p> <p>A <b>taquicardia</b> envolve cuidados relativos a arritmias, choque cardiogênico e débito cardíaco aumentado.</p> <p><b>Intervenções relacionadas à arritmia:</b>          Analisar função cardiovascular          Instituir manobras de suporte básico de vida          Observar frequência e regularidade do pulso se alterada          Verificar sinais de arritmia (FV, TV) como rebaixamento de nível de consciência (ARAÚJO; NÓBREGA; GARCIA, 2013).</p> <p><b>Intervenções relativas ao choque cardiogênico:</b>          Anotar variações da pressão sanguínea (hipotensão ortostática)          Identificar presença de terceira bulha cardíaca          Observar sinais de oligúria          Preparar medidas de contenção circulatória (preparo de drogas cardiotônicas)          Relatar episódios de pulso rápido e fino, alteração da perfusão periférica e iniciar manobras de suporte básico (ARAÚJO; NÓBREGA; GARCIA, 2013).</p> <p><b>Intervenções de enfermagem frente ao débito cardíaco aumentado:</b>          Controlar volume de líquidos ganhos          Monitorar alterações da frequência cardíaca após esforço físico          Posicionar o paciente adequadamente no leito          Reduzir esforço físico (ARAÚJO; NÓBREGA; GARCIA, 2013).</p>
<p><b>Frequência respiratória (FR)</b> é relativa ao número de incursões respiratórias registradas em um minuto.</p>	<p>Pode estar alterada e ser denominada de <b>dispneia</b> sensação que ocorre secundariamente à redução da contratilidade cardíaca (SHIBER; SANTANA, 2006; SARKAR; AMELUNG, 2006; SILVA et al., 2011; in: MARTINS et al., 2012). . Pode ser denominada de <b>dispneia paroxística noturna</b>, quando a pessoa tem o sono interrompido por uma sensação importante de falta de ar, levando-a a sentar no leito (MARTINEZ et al., 2004 in: MARTINS et al., 2012). Pode ser denominada de <b>ortopneia</b> que surge ou agrava em posição horizontal com tendência a aliviar ao elevar a parte superior do tórax pelo uso de mais travesseiros (MARTINS, 2012).</p> <p>A intensidade da dispneia pode ser avaliada por fatores cognitivos e contextuais, pode ser identificada por meio da frequência respiratória, estridor, agitação, uso da musculatura acessória para os movimentos respiratórios e alterações na ausculta cardíaca e pulmonar. Em geral é resolvida com a administração de oxigênio complementar, utilização de diuréticos ou com a redução da pré carga (SHIBER; SANTANA, 2006; SARKAR; AMELUNG, 2006; SILVA et al., 2011; in: MARTINS et al., 2012).</p> <p>A <b>dispneia paroxística noturna</b> é um dado obtido a partir da entrevista com o paciente, quando questionado sobre o sono (MARTINEZ et al., 2004 in: MARTINS et al., 2012).</p> <p>A <b>ortopneia</b> pode ser identificada pelo exame físico ou anamnese</p>

	(WENDER; BOUSTANY et al, 2006 in: MARTINS et al., 2012).
<p><b>Fadiga</b> Sensação opressiva, de exaustão e de capacidade diminuída para realizar trabalho físico e mental no nível habitual; pode ser identificada como causa. a dispneia, os distúrbios do sono, o elevado índice de massa corporal e a depressão são comorbidades associadas à fadiga nos pacientes com ICC (NANDA, 2002; RABELO et al., 2009 (FINI; CRUZ, 2009).</p>	<p>- A <b>fadiga</b> pode ser investigada pelo enfermeiro em pessoas que apresentem aumento da dispneia durante exercícios físicos, distúrbios do sono, elevado índice de massa corporal e fatores depressivos; a fadiga depende do auto relato para ser identificada, por estar relacionada a aspectos físicos, cognitivos e emocionais (FINI; CRUZ, 2009).</p> <p>O enfermeiro pode auxiliar no controle da fadiga com intervenções como: Avaliação da dieta prescrita; identificação de riscos como: percepção de baixo suporte emocional, insônia, estresse, depressão, ganho de peso, relato de “falta de ar” ao realizar exercícios, hipertensão, relato de fadiga associada ao uso de betabloqueador; relato de falta de concentração e falta de interesse no ambiente próximo (FINI; CRUZ, 2009).</p> <p>Após a avaliação o enfermeiro junto à equipe interdisciplinar e ao paciente, familiares e cuidadores, devem estabelecer metas mútuas: relativas ao incremento do sono, promoção do exercício (após investigação de baixa perfusão e de alterações estruturais e funcionais da musculatura esquelética que possam contribuir para a fadiga), mudança na dieta, encaminhamento ao médico assistente em caso de relato de interferência medicamentosa, de depressão, indicar atividades de lazer apropriadas para a condição de saúde (FINI; CRUZ, 2009).</p>

**DIMENSÃO INDIVIDUAL:** Subdimensão relacionada ao estado psicológico / cognitivo

DEFINIÇÕES CONSTITUTIVAS	DEFINIÇÕES OPERACIONAIS
<p><b>Controle do estresse</b> pode ser comparado ao controle percebido definido pela crença em que a pessoa apresenta os recursos suficientes para lidar com situações negativas influenciando positivamente a sua natureza adversa (MOSER et al., 2009). Portanto, o controle psicológico influencia no controle da IC; o nível mais baixo de estresse deve levar ao nível mais alto de controle da IC (MOSER et al., 2009; RABELO et al., 2011).</p> <p><b>Monitorização com algoritmo AAD</b> Pessoas com ICC monitoradas semanalmente pelo Algoritmo de Ajuste de Diurético (AAD) e que possuem conhecimento</p>	<p>O controle percebido ou <b>controle do estresse</b> pode ser aumentado por meio de intervenção de educação ou de aconselhamento. O enfermeiro deve atentar para a escala de Atitudes de controle Scale-Revised estudada por Moseret al. (2009):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>9. Se eu fizer as coisas certas, posso gerenciar com sucesso a minha condição cardíaca</li> <li>10. Eu posso fazer muitas coisas sozinho para lidar com minha condição cardíaca</li> <li>11. Quando eu gerir bem a minha vida pessoal, meu problema cardíaco não vai me incomodar tanto</li> <li>12. Tenho considerável habilidade para controlar meus sintomas</li> <li>13.*- Não importa o que eu faça, ou quanto eu tente, eu não consigo obter alívio de meus sintomas</li> <li>14. Estou lidando efetivamente com minha condição cardíaca</li> <li>15. Em relação aos meus problemas cardíacos, eu sinto muito controle</li> <li>16.*- Em relação aos meus problemas cardíacos eu me sinto impotente</li> </ol> <p>** NOTA: a pontuação é revertida com esses itens. As atitudes de controle Scale-Revised são marcadas pela soma das pontuações de itens, onde cada item é avaliado em uma escala de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente). A pontuação total pode variar de 8 a 40, com escores mais altos indicando maior controle percebido ou maior controle do estresse.</p> <p>Com a pontuação obtida por meio da escala, realizar as orientações ou aconselhamento ao cliente ou ainda encaminhar ao serviço de psicologia.</p> <p>OBS: O instrumento original encontra-se no site do editor: <a href="http://www.nursing-research-editor.com">http://www.nursing-research-editor.com</a></p> <p><b>Avaliar:</b></p> <p>- Medicamentos em uso: beta bloqueador, uso de antiinflamatórios não</p>

<p>clínico sobre BNP- Peptídeo Natriurético do tipo B devem apresentar melhor qualidade de vida, por fornecer dados precisos e confiáveis pois, capacitam a pessoa para o autocuidado e melhoram potencialmente a sua condição clínica oferecendo maior autonomia e segurança (FEIJÓ, 2012)</p>	<p>esteroides, inibidor da Cox-2, revisar a dose de diurético;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dieta: restrição de sal, ingesta hídrica, fornecer orientação sobre alimentação;</li> <li>- Avaliar má adesão;</li> <li>- Retomar doses e reforçar orientações</li> <li>- Avaliar sintomas referidos (falta de ar, dispneia, edema): dose extra de diurético por dois dias (1 comprimido a mais); Ligações em 48 horas.</li> <li>- Avaliar ganho de peso: rápido (&gt; ou = 1kg/dia); gradual: (&lt; 1kg/dia) avaliar tendência e parâmetro de variação do peso;</li> <li>- Se não houver alteração de peso em 48 horas: dose extra de diurético por dois dias, fornecer orientação.</li> <li>- Se não houver diminuição do peso ou dos sintomas encaminhar para consulta médica e coleta de exames laboratoriais (ureia, sódio, potássio e creatinina);</li> <li>- Avaliação do Escore Clínico de Congestão (ECC) &gt; ou = 6-7 associados à presença de congestão=&gt; indicam a necessidade do aumento de diurético, mesmo na manutenção de peso.</li> <li>- Considerar causas não cardíacas</li> <li>- Avaliar tontura, vertigem, fraqueza/fadiga;</li> <li>- Avaliar persistência dos sintomas</li> <li>- Agendar consulta de enfermagem - PA/FC; bioquímica, reiniciar diurético (FEIJÓ, 2012).</li> </ul>
<p>Capacidade prejudicada de atender aos sintomas físicos internos associada ao declínio da idade (RIEGEL et al., 2010)</p>	<p>O enfermeiro deve auxiliar o paciente a desenvolver a melhor cognição dos sintomas relacionados às suas próprias experiências; deve instigá-lo a descobrir por meio de atividades gradativas de esforço, quais destas proporcionam fadiga e em que proporção. E, a partir daí solicitar que o paciente faça associações dos sintomas aos tipos de atividades de sua vida diária, como vestir-se, pentear os cabelos, caminhar, subir escadas, dirigir.</p>

**DIMENSÃO INDIVIDUAL:** Subdimensão relacionada aos estados sócio-comportamentais

DEFINIÇÕES CONSTITUTIVAS	DEFINIÇÕES OPERACIONAIS
<p>Problemas espaciais e de memória episódica, podem ser definidos como orientação prejudicada acerca do lugar e do tempo em que a pessoa se encontra; podem contribuir para a diminuição da adesão à terapia prescrita e do autocuidado e elevar os problemas sócio comportamentais devido a capacidade prejudicada de ler, escrever e dirigir (HJELM et al., 2012).</p>	<p>Possibilitar estratégias de inserção dos familiares e cuidadores do paciente com IC demonstrando a importância destes junto à prevenção da exclusão social e o auxílio às atividades em que o paciente apresenta capacidade prejudicada para tal.</p> <p>OBSERVAR características definidoras de problemas espaciais e de memória durante o processo de cuidado na UTI</p> <p>ORIENTAR familiares/cuidadores sobre observar comportamentos preditivos de limitar a adesão ao tratamento e ao autocuidado como a capacidade prejudicada de ler, escrever, dirigir.</p> <p>ORIENTAR familiares e cuidadores sobre a medicação assistida devido à capacidade prejudicada de autocuidado</p> <p>ENCAMINHAR os familiares/cuidadores aos serviços de apoio SOCIAL psicológico para obter informações sobre a convivência saudável e inserção social dentro dos limites de cada cliente.</p> <p>.</p>

**DIMENSÃO EDUCAÇÃO EM SAÚDE:** Subdimensão relacionada às intervenções educativas para o auto cuidado.

DEFINIÇÕES CONSTITUTIVAS	DEFINIÇÕES OPERACIONAIS
<p>Autocuidado ou auto atendimento é definido como um processo de tomada de decisão natural que envolve a escolha de comportamentos que mantêm a estabilidade fisiológica (manutenção) e a resposta aos sintomas quando ocorrem (gestão) em um determinado nível de auto confiança (confiança) (RIEGEL B; LEE CS; DICKSON VV; CARLSON B, 2009).</p>	<p>O enfermeiro deve avaliar o processo de tomada de decisão do paciente: O auto cuidado deve ser avaliado em intervalos mensais durante seis meses; depois passa a ser avaliado a cada seis meses, por meio das <b>escalas de Manutenção, Confiança e Gestão</b>. As escalas são utilizadas individualmente e são padronizadas para uma pontuação de 100 para torna-las comparáveis entre escalas de outros estudos ou versões. De acordo com a pontuação o enfermeiro junto à equipe interdisciplinar farão intervenções educativas e de aconselhamento objetivando fazer com que o paciente organize o pensamento sobre como está se sentindo no(s) último(s) mês(es) e o que pretende fazer para melhorar seu autocuidado (RIEGEL et al., 2009). Para avaliar o item de autocuidado circule um número a cada item.</p> <p>A. Pesa-se? B. Procura observar inchaço principalmente em tornozelos ? C. Pede dieta hipossódica quando sai de casa? D. Faz alguma atividade física? E. Esquece de tomar algum medicamento? F. Procura atualizar suas Imunizações contra gripe/pneumonia? G. Utiliza alguma maneira de lembrar de tomar as medicações? H. Segue ou pede orientações da equipe de saúde?</p> <p><b>Pontos:</b>1=não/raramente;2=àsvezes;3=frequentemente;4=Sempre Pontuação máx=32; mais pontos→capacidade de autocuidado OBS: Pontuação máxima modificada para 32 por corresponder a 100 na escala original</p>

OBS: É importante salientar que o uso do instrumento exposto no quadro acima, foi permitido pelos autores em domínio público.

**DIMENSÃO EDUCAÇÃO EM SAÚDE:** Subdimensão relacionada aos métodos não farmacológicos

DEFINIÇÕES CONSTITUTIVAS	DEFINIÇÕES OPERACIONAIS
<p>O manejo não farmacológico pode ser entendido como ações que incluem prescrição, orientação, e realização de intervenções à pessoa com ICC, tais como: <b>Aferição de peso</b> que é definida como a pesagem do cliente por meio de uma balança antropométrica. Orientação sobre <b>ingestão de sódio</b> é determinada pela quantidade de sal adicionada à dieta da pessoa com ICC; <b>Orientação dietética</b> para a pessoa com ICC</p>	<p>As ações do manejo não farmacológico à pessoa com ICC devem ser realizadas pelo enfermeiro e ou pela equipe interdisciplinar contando com familiares e cuidadores dessa clientela.</p> <p>- O enfermeiro deve aferir o peso e orientar a pessoa com ICC e seus familiares ou cuidador sobre a aferição do peso. Sendo necessário: uma balança devidamente tarada; o enfermeiro ou pessoa que vai realizar a pesagem deve pedir ao paciente que retire o calçado e itens pesados incluindo roupa pesada, sacolas ou qualquer material, antes de subir na balança; aferir o peso registrar e pedir à pessoa que traga o registro quando do seu retorno ou leve- o sempre que for à consulta. A pesagem em seu domicílio deve ser diária ou pelo menos, semanal para facilitar os ajustes da dieta e dos medicamentos (RABELO,ER; ALITI,GB; LINCH,GFC; SAUER, JM; MELLO,AMFS; MARTINS, SM; BILOLO,A; MARTINS QCS et al., 2012).</p> <p>- O enfermeiro deve prescrever ou orientar dieta saudável com adição diária de até 6g. de sódio, individualizada; deve ser adaptada à condição clínica do paciente (BOCCHI et al., 2009).</p> <p>- Dieta recomendada pelas III diretrizes de ICC (2009): Composição:1)</p>

<p>inclui recomendações sobre a ingestão adequada de carboidratos, lipídeos e proteínas;</p> <p><b>Ingesta hídrica diária</b> é a quantidade de líquidos ingeridos durante 24 horas</p> <p><b>Atividade física e ou reabilitação cardiovascular</b> pode ser definida como atividades programadas com o objetivo de melhorar a capacidade para exercício, a qualidade de vida e reduzir a frequência de hospitalizações;</p> <p>Reconhecimento precoce dos <b>sinais e sintomas de descompensação da IC</b> significa a identificação desses pela pessoa com ICC;</p> <p><b>Vacinação</b> consiste na prevenção de fatores agravantes da condição clínica da pessoa com IC por meio da administração de imunobiológicos como as vacinas pneumocócica e anti-influenza (RABELO et al., 2012; BOCCHI et al., 2012).</p>	<p>Carboidratos – de 50 a 55% da ingestão energética priorizando os carboidratos integrais com baixa carga glicêmica, evitando os refinados (açúcar), por agravar a resistência à insulina.2) Lipídeos – de 30 a 35% ,com ênfase às gorduras mono e polinsaturadas, em especial os ác. Graxos da série ômega-3 e níveis reduzidos de gorduras saturadas e trans.3) Proteínas – de 15 a 20% do valor calórico total da dieta priorizando as proteínas de alto valor biológico. - O enfermeiro deve orientar a restrição na ingestão hídrica conforme as características de cada paciente especialmente, nos pacientes com as formas mais graves de ICC; deve ser restrita ao mínimo tolerado; geralmente de 800 ml a 1litro por dia (GUIMARÃES; BOCCHI et al., 2012).</p> <p>- O enfermeiro junto à equipe interdisciplinar (principalmente fisioterapeuta e educador físico), deve programar: treinamento de músculos inspiratórios (que podem ser indicados naquelas pessoas com 70% da pressão inspiratória máxima predita); Pilates; Treino intervalado e contínuo; Eletroestimulação; e hidroterapia (BOCCHI, et al., 2009).</p> <p>- A reabilitação cardiovascular deve ser realizada em pessoa com IC crônica estável em classe funcional II-III (NYHA) (BOCCHI et al., 2009) . O enfermeiro deve orientar a pessoa com ICC (desde a internação), sobre a intolerância à atividades da vida diária e exercícios físicos ou o aumento desta intolerância como o principal sintoma de agravamento da doença; - Orientar para o autoexame: checar peso, verificar presença de edema, sono prejudicado, fadiga, estresse, pele fria e pegajosa;- Orientar a procura do serviço de saúde de referência ou o seu médico assistente em presença de qualquer sinal/sintoma (RABELO,ER; ALITI,GB; LINCH,GFC; SAUER, JM; MELLO,AMFS; MARTINS, SM; BILOLO,A; MARTINS, QCS et al., 2012; BOCCHI et al., 2012).</p> <p>O enfermeiro deve orientar o paciente, familiares e cuidadores sobre os <b>sinais de alerta</b> para descompensação:</p> <p>Dispneia em repouso persistente a despeito do tratamento oral otimizado, ortopneia, edema periférico, taquicardia, PA sistólica abaixo de 90mmHg, alteração mental, comorbidades preditoras de piora de ICC, baixo nível de sódio sérico( &lt; 130mEq/L),rápido aumento da creatinina (&gt; 2,5 mg/dL)</p> <p>O enfermeiro deve orientar a pessoa com ICC, seus familiares e cuidadores sobre as vacinas quanto às doses e períodos de acordo com o calendário vigente no sistema nacional de imunização. Atualmente está recomendado:</p> <p>Anti-influenza: 1 dose a cada ano  Vacina pneumococcica conjugada 13 valente: 1º dose  Vacina pneumococcica 23 valente: 2 meses após a 1º dose  Reforço: após 5 anos</p>
---	--

**DIMENSÃO PLANEJAMENTO PÓS ALTA:** Subdimensão relacionada ao conhecimento do paciente sobre ICC

DEFINIÇÃO CONSTITUTIVA	DEFINIÇÃO OPERACIONAL
------------------------	-----------------------



<p><b>Conhecimento da pessoa com ICC sobre sua doença</b> pode ser definido como o entendimento desta sobre a definição da doença e suas causas, reconhecimento de sinais e sintomas de descompensação, controle de sal e de líquidos, atividade física, controle de peso, vacinação anual e uso correto de medicações (RABELO et al., 2011).</p>	<p>Avaliar o conhecimento do paciente sobre ICC por meio da aplicação do questionário de conhecimento de pessoas com ICC sobre insuficiência cardíaca. Os instrumentos facilitam a educação para o autocuidado (RABELO ER; MANTOVANI VM; ALITI GB; DOMINGUES FB, 2011).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 O que você entende por ICC?</li> <li>2 Quais sintomas você relaciona à ICC</li> <li>3 A partir de quantos quilos a mais por semana deve procurar o médico?</li> <li>4 Para que você usa captopril e enalapril ( inibidores da ECA)?</li> <li>5 Quais os efeitos colaterais devem chamar a atenção e procurar o médico?</li> <li>6 Para que serve digoxina?</li> <li>7 Você sabe os efeitos colaterais da digoxina?</li> <li>8 Você sabe o que a bebida alcoólica pode causar à pessoa com ICC?</li> <li>9 Você sabe para que usar furosemida? 9. Sabe para que usar furosemida?</li> <li>10 Você sabe de alimentos que contribuem para somar líquidos ao corpo?</li> <li>11. Você conhece as restrições para atividade física ?</li> <li>12. Você conhece alimentos com pouco sal ?</li> <li>13.O que você pode fazer para melhorar sua ICC?</li> <li>14.Quais os motivos que levam você a ser hospitalizado?</li> </ol>
---	---

**DIMENSÃO PLANEJAMENTO PÓS ALTA:** Subdimensão relacionada ao planejamento pós alta.

<b>DEFINIÇÃO CONSTITUTIVA</b>	<b>DEFINIÇÃO OPERACIONAL</b>
<p><b>Planejamento pós alta da pessoa com ICC</b> pode ser definido como o conjunto de atividades projetadas, ainda no período de internação, incluindo o plano diário lembrando o estímulo às atividades de autocuidado e as limitações de cada estágio da doença (RABELO et al., 2012).</p>	<p>O plano diário da pessoa com ICC deve ser realizado pela equipe interdisciplinar e incluir o paciente, cuidadores e ou familiares.</p> <p>O enfermeiro deve prescrever cuidados não farmacológicos no plano diário da pessoa com ICC, relativas a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecimento da doença e autocuidado</li> <li>- controle hidrossalino (restrição de sal, de líquidos e controle da diurese)</li> <li>- orientação dietética</li> <li>- controle de peso</li> <li>- atividades físicas e acompanhar atividades de reabilitação cardiovascular</li> <li>- horários de medicações</li> <li>- controle psicológico sobre o estresse e a ICC</li> <li>- controle da fadiga</li> <li>- limitações da ICC (realização de atividades conforme estágio da doença, de acordo com classificação pelo NYHA);</li> <li>- sinais de alerta para complicações.</li> <li>- controle do BNP</li> </ul> <p>O enfermeiro junto à equipe interdisciplinar deve realizar encaminhamentos conforme as necessidades individuais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Encaminhamento para atividades físicas, perda ou controle de peso com acompanhamento profissional;</li> <li>- Encaminhamento para programação de dieta alimentar com nutricionista em centro de referência;</li> <li>- Encaminhamento para programa de erradicação do tabagismo.</li> <li>- Encaminhamento para programas de manejo de doenças crônicas com educação e monitorização em centro de referência, relativas ao estímulo da adesão ao tratamento, auxílio na capacidade cognitiva, promoção do processo de interpretação dos sintomas vivenciados e bons hábitos de vida;</li> <li>- Encaminhamento para programa de reabilitação cardiovascular para melhora a qualidade de vida e capacidade de exercício.</li> </ul>

**DIMENSÃO PLANEJAMENTO PÓS ALTA:** Subdimensão relacionada aos encaminhamentos.

<b>DEFINIÇÃO CONSTITUTIVA</b>	<b>DEFINIÇÃO OPERACIONAL</b>
<p><b>Encaminhamento da pessoa com ICC após a alta pode ser definido como</b> a orientação escrita ao destinatário acerca da possibilidade de inserção dessa pessoa nas ações ou atividades pertinentes ao serviço de saúde especializado (Centro de Diabetes e Hipertensão), aos Grupos de apoio a atividades físicas (SESC/ bombeiros), equipe interdisciplinar da Unidade Básica Saúde (UBS), retorno à consulta médica.</p>	<p>O enfermeiro deve encaminhar a pessoa com ICC observando os seguintes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Serviço ambulatorial de saúde especializado (Centro de Diabetes e Hipertensão): o encaminhamento da pessoa com ICC ao serviço especializado, deve constar de informações acerca da causa da última internação, medicamentos prescritos, restrições (hídrica, alimentar, atividades físicas liberadas e necessidades individuais ).</li> <li>- Encaminhamento para atividades físicas, perda ou controle de peso com acompanhamento profissional por meio de: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Grupos de apoio a atividades físicas (SESC): o encaminhamento da pessoa com ICC ao SESC deve constar de informações sobre as suas limitações relacionadas às atividades físicas, os sinais de complicações da doença e a procura do serviço de saúde em caso de algum sinal/sintoma de agravamento da sua doença.</li> <li>- Encaminhamento ao centro de diabetes e hipertensão para programação de dieta alimentar com nutricionista</li> <li>- Encaminhamento para programa de erradicação do tabagismo, programas de manejo de doenças crônicas com ações interdisciplinares e outras ações por meio da: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipe interdisciplinar da Unidade Básica Saúde (UBS): o enfermeiro da unidade de terapia intensiva deve informar à equipe da UBS sobre a pessoa com maior dificuldade de compreensão das informações dispensadas, se possível, as preferências de aprendizagem de cada pessoa e apoiar a equipe a integrar estratégias para melhorar o conhecimento de cada pessoa com ICC, bem como informar hábitos como o tabagismo, para inclusão em programas apropriados.</li> <li>- Encaminhamento para programas de reabilitação cardiovascular para melhora da qualidade de vida e capacidade de exercício (procurar a existência desse programa no município de origem do paciente)</li> <li>- Retorno à clínica médica: o encaminhamento da próxima consulta médica deve ser planejado em acordo com o médico assistente (data e horário) e deve ser entregue ao paciente, cuidador ou familiar por escrito. Programação da dieta alimentar.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>

**8) Critérios a serem considerados na avaliação dos itens originados das definições constitutivas e operacionais**

Neste estudo, serão utilizados os critérios psicométricos de simplicidade, clareza, relevância, precisão e amplitude, por se adequarem ao desenvolvimento e validação do protocolo de cuidado de enfermagem ao paciente com ICC, em conformidade com o pressuposto de Pasquali (1998; 1999).

**QUADRO 2**– Critérios psicométricos para elaboração de itens. Crato, 2014.

<b>CRITÉRIOS</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>
SIMPLICIDADE	Um item deve expressar uma única ideia. Itens que introduzam explicações de termos ou oferecem razões ou justificativas são normalmente confusos porque introduzem ideias variadas e confundem o respondente.
CLAREZA	Deve ser inteligível até para o estrato mais baixo da população-meta; utilizar frases curtas, com expressões simples e inequívocas. Frases longas e negativas incorrem facilmente na falta de clareza. O linguajar típico da população-meta deve ser utilizado na formulação dos itens. Assim, são admissíveis e mais apropriadas expressões conhecidas por tal população, ainda que

	possam parecer linguisticamente menos castiças. A preocupação aqui é a compreensão das frases (que representam tarefas a serem entendidas e, se possível, resolvidas), não sua elegância artística.
RELEVÂNCIA	Pertinência, saturação, unidimensionalidade, correspondência; a expressão (frase) deve ser consistente com o traço (atributo, fator, propriedade psicológica) definido e com as outras frases que cobrem o mesmo atributo. Isto é, o item não deve insinuar atributo diferente do definido; o item deve expressar o atributo que realmente deseja medir.
PRECISÃO	O item deve possuir uma posição definida no contínuo do atributo e ser distinto dos demais itens que cobrem o mesmo contínuo. O item deve ser útil na medida do atributo.

Fonte: PASQUALI (1998;1999).

Ao final da elaboração da lista de itens, há de se observar os seguintes critérios, referentes ao conjunto dos itens, ou seja, o instrumento por completo (PASQUALI 1998). Assim deverá ser observado o **critério da amplitude**, ou seja, o conjunto dos itens referentes ao mesmo atributo deve cobrir toda a extensão da magnitude do contínuo desse atributo.

Com base nesses critérios você deverá avaliar cada item do protocolo. Para tanto, considere a adequação desses itens a cada critério antes exposto (simplicidade, clareza, relevância, precisão e amplitude), atribuindo uma nota, de acordo com a seguinte escala:

-1	O item não é adequado ao critério
0	Para indecisão quanto à adequação do item
+1	O item é adequado ao critério proposto

### 9) Critérios a serem considerados na avaliação dos itens quanto à sua adequação ao protocolo

Para investigação da representatividade do protocolo testado, você deve atribuir mais um valor a cada item, indicando o quanto cada um se adequa ao protocolo de cuidados, numa escala de 1 a 5:

1	Não é adequado ao protocolo
2	É muito pouco adequado ao protocolo
3	É de algum modo adequado ao protocolo
4	Consideravelmente adequado ao protocolo
5	Muitíssimo adequado ao protocolo

### 10) Prazo

Esta etapa é fundamental para o desenvolvimento do nosso estudo, o qual se torna inviável sem a sua contribuição. Assim, solicitamos que nos envie o instrumento preenchido em um prazo máximo de 30 dias para que os resultados das avaliações sejam analisados e, desse modo, seja possível a execução da próxima fase. Esta devolução pode ser feita por resposta eletrônica (via email). A devolução do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado também poderá ser por via eletrônica (assinatura digitalizada).

Mais uma vez, agradecemos sua importantíssima contribuição.

Mestranda Maria Eugênia Alves Coelho  
Orientadora: Profa. Célida Juliana de Oliveira

## APÊNDICE D – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO

### Considerações:

Nesta fase o (a) senhor (a) analisará o instrumento assinalando a condição em que o item se adequa a cada critério (inadequado, de alguma forma adequado ou adequado, correspondendo respectivamente a -1, 0e +1).

Para informar a nota de adequação (1 a 5 ) do item ao protocolo, deverá ser utilizada a ultima coluna (à direita). A seguir nos retorne o instrumento devidamente avaliado.

Lembramos que **esta ficha não tem como propósito o diagnóstico da ICC** haja vista que, para ser atendido como pessoa com ICC o usuário é diagnosticado pelo médico, conforme os protocolos preconizados pelo Ministério da Saúde e Associação Brasileira de Cardiologia. Assim o objetivo desta ficha é operacionalizar a sistematização do cuidado de enfermagem, melhorar o registro e favorecer o vínculo do usuário com o serviço.

Item	SIMPLICIDADE (-1, 0, +1)	CLAREZA (-1, 0, +1)	RELEVÂNCIA (-1, 0, +1)	PRECISAO (-1, 0, +1)	NOTA DA ADEQUAÇÃO (1 a 5)
<b>Avaliar débito cardíaco</b>					
DC = Quant. de sangue ejetado a cada contração x Frequência Cardíaca					
Apresenta B3 (galope)					
Apresenta B4					
Apresenta bradicardia (FC < 60 bpm)					
<b>Avaliar edema</b>					
Ver depressão com profundidade: varia de - /4+; +/4; ++/4; +++/4;++++/4					
<b>Avaliar peso</b>					
- Presença de ascite					
- Acidose metabólica por alteração de líquidos e eletrólitos					
- Perfusão tissular alterada					
<b>Avaliar congestão</b>					
Observar Dispneia					
Observar Tosse					
Observar Hipóxia					
Observar Distensão da veia jugular					
<b>Avaliar frequência cardíaca (FC)</b>					
Observar taquicardia (FC> 100bpm)					
Observar bradicardia ( FC < 60bpm)					
Observar DC aumentado (> 5L/min.)					

Observar DC diminuído (< 4L/min.)					
Presença de choque cardiogênico					
<b>Avaliar frequência respiratória (FR)</b>					
Observar dispneia leve (22 – 24 rpm)					
Observar dispneia moderada (25– 29 rpm)					
Observar taquipneia ( FR > ou = 30 rpm)					
Observar ortopneia					
Dispneia paroxística noturna					
Observar Fadiga					
<b>Avaliar pressão arterial (PA)</b>					
Observar hipertensão (PA > 140x90 mmHg)					
Observar hipertensão sistólica isolada (PA sistólica = ou > 160mmHg)					
Observar hipotensão (PA <90x60mmHg)					
<b>Avaliar problemas espaciais e de memória</b>					
Observar desorientação no tempo					
Observar desorientação no espaço					
Observar capacidade prejudicada para ler					
Observar capacidade prejudicada para escrever					
<b>Avaliar controle do estresse; Planejar orientações/ aconselhamento conforme pontuação da Scale Revised<sup>1</sup></b>					
<b>Avaliação:</b> De 1 (discordo totalmente) a 5 (discordo totalmente). Total pode variar de 8 a 40. Maior pontuação = Maior controle do estresse					
A) Pode gerenciar condição cardíaca					
B) Pode tomar atitudes sozinho para lidar com a ICC					
C) Quando gerir bem a vida pessoal a ICC não vai incomodar tanto					
D) Demonstra habilidade para controlar seus sintomas					
E) Não consegue aliviar seus sintomas					
F) Lida efetivamente com a ICC					
G) Apresenta autocontrole sobre a ICC					
H) Sente-se impotente diante da ICC					
<b>Avaliar capacidade de autocuidado por meio das escalas de manutenção, confiança e gestão<sup>2</sup></b>					
<b>Avaliação:</b> 1=não/raramente; 2=às vezes; 3=Frequentemente; 4=Sempre. Pontuação máx.=32 Maior pontuação = Maior capacidade de autocuidado					
A) Pesa-se					
B) Edema					
C) Pede dieta hipossódica					
D) Ativ. Física					
E) Esquece de tomar medicamentos					
F) Imunizações: Influenza/pneumonia					
G) Usa modos de lembrar medicações					
H) Segue/pede orientações da equipe					

<b>Orientar paciente/ Família/cuidador marcar se orientou:</b>					
A) Aferição de peso					
B) Ingesta de sódio					
C) Orientação dietética					
D) Ingesta hídrica diária					
E) Atividade física					
F) Capacitação para reconhecimento precoce de sinais e sintomas de descompensação					
G) Imunização					
H) Reabilitação cardiovascular					
<b>Planejar alta: Avaliar conhecimento do paciente/família/ Cuidador sobre ICC aplicar questionário adaptado de conhecimento sobre ICC<sup>3</sup> Perguntar ao paciente/cuidador e marcar se respondeu corretamente:</b>					
A) O que entende por ICC?					
B) Quais sintomas relaciona à ICC?					
C) A partir de quantos quilos a mais por semana deve procurar o médico?					
D) Para que usa captopril e enalapril?					
E) Quais os efeitos colaterais chamam a atenção e o levam a procurar o médico?					
F) Para que serve digoxina?					
G) Sabe efeitos colaterais da digoxina?					
H) Sabe o que a bebida alcoólica pode causar em pessoas com ICC?					
I) Sabe para que usar furosemida?					
J) Sabe de alimentos que contribuem para somar líquidos ao corpo?					
K) Sabe das restrições para atividade física?					
L) Sabe de alimentos com pouco sal ?					
M) O que pode fazer para melhorar sua ICC?					
N) Quais motivos o levam a ser hospitalizado?					
<b>Realizar encaminhamentos</b>					
Atividade física com grupos de apoio					
Programa de dieta alimentar em centro de referência					
Programa de erradicação do tabagismo em centro de referência					
Programa de manejo de doenças crônicas por equipe interdisciplinar					
Programa de reabilitação cardiopulmonar					
<b>Resultados esperados</b>					
Paciente/família/cuidador compreende a ICC, tratamento, resultados de exames e cuidados					
Preparados para alta					
Entregar manual de ICC					
<b>Retorno</b>					
Local:					
Data: ____/____/____ Hora: _____					
Enfermeiro/a responsável pelo preenchimento: 1º dia:					

Data: _____ 2º dia: _____ Data: _____ 3º dia: _____ Data: _____					
---	--	--	--	--	--

Por fim, observando o instrumento como um todo, avalie a adequação do protocolo ao critério da AMPLITUDE:

- ( ) -1: Não adequado
- ( ) 0: De alguma forma adequado, mas com necessidade de ajuste
- ( ) +1: Adequado.

# Anexo



*“Se o cuidado é a constituição ontológico-existencial mais original do ser humano, então ele oferece a base mais segura para entender a compaixão em seu sentido fundamental... esse modo-de-ser acarreta comoção frente ao outro, vontade de cuidar dele, de devotar-lhe dedicação, a fim de lhe aliviar o sofrimento, ou para que ele não sofra. Com-paixão é preocupação com a vida do outro... significa rejeição a matar todo ser vivo e recusa a todo tipo de violência contra a natureza.”*

*Leonardo Boff*



## ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE REGIONAL DO  
CARIRI - URCA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PESSOA COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: IDENTIFICAÇÃO DE PROTOCOLOS DE CUIDADO

**Pesquisador:** Célida Juliana de Oliveira

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 34247914.0.0000.5055

**Instituição Proponente:** Universidade Regional do Cariri - URCA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 902.871

**Data da Relatoria:** 24/11/2014

#### Apresentação do Projeto:

A pesquisa ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PESSOA COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: IDENTIFICAÇÃO DE PROTOCOLOS DE CUIDADO se delimita na investigação sobre protocolo de cuidados de enfermagem à pessoa com Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC). Trata-se de estudo transversal de natureza quantitativa, caracterizado como exploratório, a ser desenvolvido em uma instituição hospitalar privada, de referência cardiológica, localizada no município do Crato/CE. epidemiológico e deseja-se obter a totalidade das informações. A coleta dos dados está prevista para dezembro de 2014 a abril de 2015 com leitura dos prontuários e preenchimento de formulário com as questões envolvidas na pesquisa.

#### Objetivo da Pesquisa:

##### Objetivo Primário:

Identificar a existência de um protocolo de cuidados de enfermagem à pessoa com insuficiência cardíaca congestiva em um hospital de especialidade cardiológica.

##### Objetivo Secundário:

Identificar a frequência de internações e reinternações por IC nos últimos cinco anos no referido hospital; Conhecer a causa das internações desses pacientes com IC; Identificar a existência de um padrão de cuidado de enfermagem sistematizado ao portador de IC no período de suas

Endereço: Rua Cel. Antônio Luiz, nº 1161  
Bairro: Pimenta CEP: 83.105-000  
UF: CE Município: CRATO  
Telefone: (88)3102-1212 Fax: (88)3102-1291 E-mail: cep@urca.br

Continuação do Parecer: 902.871

Internações, com ênfase nos diagnósticos e intervenções de enfermagem; Descrever os resultados de enfermagem alcançados por meio da Sistematização traçada; Identificar a existência de um plano de alta para o portador de IC e sua família.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

A pesquisa terá riscos mínimos, pois não terá prejuízos financeiros, físicos ou morais aos pacientes, profissionais de saúde ou gestores da instituição hospitalar. No entanto, na iminência de algum dano ao prontuário do paciente, a coleta será interrompida imediatamente.

**Benefícios:**

Estima-se que a pesquisa contribua tanto para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem quanto para a melhoria dos aspectos psicossociais da clientela em estudo. Ressalta-se que os resultados desta pesquisa refletirão não apenas em um diagnóstico situacional da assistência de enfermagem prestada, mas também no resgate de subsídios baseados em evidências, para o planejamento do cuidado à pessoa com insuficiência cardíaca congestiva, que corrobora com pesquisas nesta área da Enfermagem. Desta forma acredita-se que o presente estudo trará contribuição para a relação enfermeiro-paciente-família e equipe interdisciplinar sob o ponto de vista do cuidado sistematizado com olhar vigilante para os fatores que possam desencadear complicações.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Relevante e eticamente adequada.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresentados e adequados.

**Recomendações:**

Sem recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências éticas.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Rua Cel. Antônio Luiz, nº 1181  
 Bairro: Pimenta CEP: 83.105-000  
 UF: CE Município: CRATO  
 Telefone: (88)3102-1212 Fax: (88)3102-1291 E-mail: cnp@urca.br

Página 02 de 03

Continuação do Parecer: 902.871

CRATO, 08 de Dezembro de 2014

Assinado por:  
 George Pimentel Fernandes  
 (Coordenador)