



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Ana Ayala Pires de Souza

**A CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM NA
ALTA HOSPITALAR DO PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA
CARDÍACA**

Belo Horizonte
2018



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Ana Ayala Pires de Souza

**A CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM NA
ALTA HOSPITALAR DO PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA
CARDÍACA**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais ao curso de pós graduação Latu senso como requisito parcial ao Título de Especialista em Enfermagem em Cardiologia e Hemodinâmica.

Orientadora: Prof. Dra. Miguir Terezinha V Donoso

Belo Horizonte
2018

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais Nalzira e Antonio Andrade.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter direcionado e fortalecido durante toda a trajetória, a minha orientadora Miguir Donoso pelo suporte e incentivos.

Aos amigos que participaram direta ou indiretamente fazendo parte da conclusão deste trabalho, meu muito obrigado.

ANA AYALA PIRES DE SOUZA

A CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM NA ALTA HOSPITALAR DO
PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

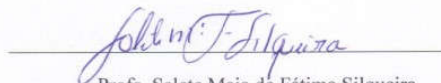
BANCA EXAMINADORA :



Prof. Miguir Terezinha Viacelli Donoso



Prof. Selme Silqueira de Matos



Prof. Saete Maia de Fátima Silqueira

Aprovada em 15 de março de 2018.

Belo Horizonte

2018

Ficha catalográfica

Souza, Ana Ayala Pires de

A CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM NA
ALTA HOSPITALAR DO PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA
CARDÍACA/ Ana Ayala Pires de Souza. - 2018.

34 p.

Orientadora: Miguir Terezinha V. Donoso.

Monografia apresentada ao curso de Especialização em
Assistência de Enfermagem de Media e Alta Complexidade -
Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de
Enfermagem, para obtenção do título de Especialista em
Cardiologia e Hemodinâmica.

1. Insuficiência cardíaca. 2. Alta hospitalar. 3. Enfermagem.
I. Donoso, Miguir Terezinha V.. II. Universidade Federal de
Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III. Título.

Resumo

A Insuficiência Cardíaca (IC) é uma síndrome progressiva do músculo cardíaco. Consiste na incapacidade do coração em realizar adequadamente suas funções o que ocasiona inadequado suprimento sanguíneo para atender as demandas metabólicas dos tecidos periféricos, ou o faz sob altas pressões. Mesmo com a presença de equipe de saúde estruturada, os pacientes com insuficiência cardíaca nem sempre respondem ao planejamento e cuidados referidos para alta hospitalar, repercutindo em repedidas hospitalizações e baixa adesão ao plano de cuidados. Este foi considerado o problema desta pesquisa. Este trabalho objetivou apresentar a contribuição da enfermagem no planejamento da alta hospitalar para pacientes com diagnóstico de insuficiência cardíaca. .A partir do tema “insuficiência cardíaca”, a questão que orientou o trabalho foi: que orientações e cuidados de enfermagem podem contribuir com a saúde do paciente com IC, por ocasião de sua alta hospitalar? O referencial teórico utilizado foi a prática baseada em evidências. O referencial metodológico adotado foi a Revisão Integrativa de Literatura. Foram utilizados os descritores selecionados em ciência da saúde (DECS) Insuficiência cardíaca, Cuidados de enfermagem e Alta do paciente. As buscas pelos artigos foram realizadas pelos sistemas BVS (Biblioteca Virtual de Saúde). Quatro artigos compuseram esta Revisão Integrativa. Os resultados indicam que orientações de Enfermagem no planejamento de alta hospitalar para pacientes com diagnóstico de insuficiência cardíaca estão centradas nos seguintes aspectos: controle da ingestão de sal, cumprimento da prescrição farmacológica realizada pelo médico, identificação de sinais e sintomas de descompensação da insuficiência cardíaca, ação e efeitos colaterais dos medicamentos prescritos e também a vacinação contra a gripe e a pneumonia.

Palavras chave: Insuficiência cardíaca; Cuidados de enfermagem; Alta do paciente.

Abstract

Heart Failure is a progressive syndrome of the heart muscle. It consists of the inability of the heart to perform its functions properly, which causes inadequate blood supply to meet the metabolic demands of the peripheral tissues, or under high pressure. Even with the presence of a structured health team, patients with heart failure do not always respond to the planning and care referred for hospital discharge, resulting in re-hospitalization and low adherence to the care plan. This was considered the problem of this research. This study aimed to present the contribution of nursing in the planning of hospital discharge for patients with a diagnosis of heart failure. From the topic "heart failure", the question that guided the work was: which guidelines and nursing care can contribute to the health of the patient with HF at the time of their hospital discharge? The theoretical framework used was evidence-based practice. The methodological framework adopted was the Integrative Review of Literature. We used the selected descriptors in Health Science: Heart Failure; Nursing Care; Patient discharge. The searches for the articles were carried out by the Virtual Health Library systems. Four articles composed this integrative review. The results indicate that Nursing guidelines in the planning of hospital discharge for patients diagnosed with heart failure are centered on the following aspects: control of salt intake, compliance with the pharmacological prescription performed by the physician, identification of signs and symptoms of heart failure with poorly controlled, action and side effects of prescription drugs and also vaccination against influenza and pneumonia.

Key words: Heart failure; Nursing care; Patient discharge.

Lista de quadros

Quadro 1: Nível e qualidade de evidências

Quadro 2: Estratégia de busca da Revisão Integrativa

Quadro 3: Critérios de Framingham

Quadro 4: Classificação New York Heart Association-NYHA

Quadro 5: Etiologia e causas da IC

Quadro 6: Quadro sinóptico da Revisão Integrativa

Lista de Siglas e Abreviaturas

IC Insuficiência Cardíaca

VE: ventrículo esquerdo

FE: fração de ejeção

PBE: prática baseada em evidências

IAM: Infarto agudo do miocárdio

DECS: descritores selecionados em ciência da saúde

DAC: Doença da artéria coronária

BVS: Biblioteca Virtual de Saúde

CIPE: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CHFSN: Community Heart Failure Specialist Nurses

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
OBJETIVO.....	14
METODOLOGIA.....	15
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA.....	21
RESULTADOS	24
DISCUSSÃO	26
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
REFERÊNCIAS	30

INTRODUÇÃO

A Insuficiência Cardíaca (IC) é uma síndrome progressiva do músculo cardíaco. Consiste na incapacidade do coração em realizar adequadamente suas funções o que ocasiona inadequado suprimento sanguíneo para atender as demandas metabólicas dos tecidos periféricos, ou o faz sob altas pressões de enchimento. As alterações hemodinâmicas resultam em diminuição do débito cardíaco, fração de ejeção (FE) e elevações nas pressões pulmonar, venosa e sistêmica (MACHADO *et al.*, 2016).

A principal etiologia da IC no Brasil é a cardiopatia isquêmica crônica associada à hipertensão arterial. Em determinadas regiões geográficas do país e em áreas de baixas condições socioeconômicas, ainda existem formas de IC associadas à doença de Chagas, Endomiocardiofibrose e a cardiopatia valvular reumática (ALITI *et al.*,2011).

No Brasil a maioria dos registros da IC é limitada a estudos unicêntricos e ao banco de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Neste cenário no biênio 2013-2014, foram realizadas 460.813 internações hospitalares por IC e a proporção de mortalidade para o período foi de 9,76% (SOUZA *et al.*, 2017).

A estimativa é que até 2020, a IC acometerá em torno de 6,4 milhões de pessoas, com mortalidade em torno de 1%. A acedência da doença está diretamente ligada ao aumento da expectativa de vida e a deteriorização dos hábitos saudáveis (ARAUJO *et al.*,2013).

A IC é uma condição clínica desafiadora para saúde, pois são frequentes as readmissões. Manter a estabilidade clínica dos pacientes é um desafio constante que requer investimento, sobretudo humano, impactando na melhora da qualidade de vida do paciente, aumento da sobrevida, redução do tempo de internação e conseqüentemente dos seus altos custos (GODOY *et al.*,2011).

As readmissões dos pacientes portadores de IC estão associadas à terapia inadequada, falta de adesão ao tratamento, isolamento social e piora da função

cardíaca. Neste contexto, a equipe de Enfermagem pode contribuir estrategicamente na melhor adesão ao tratamento domiciliar no pós-alta (ALBUQUERQUE, 2014).

Nas unidades de internações, atuação da equipe interdisciplinar no tratamento do paciente com IC é de extrema relevância, o sincronismo entre a equipe é essencial. A atuação do Enfermeiro neste contexto se dá através de suas intervenções e implementações, que visam à redução das descompensações clínicas que levam o prolongamento das internações, re-internações e agravamentos (ANDRIETA et al.,2011).

Entretanto, mesmo com a presença de equipe estruturada, os pacientes com IC nem sempre respondem ao planejamento e cuidados referidos para alta hospitalar, repercutindo em repedidas hospitalizações e baixa adesão ao plano de cuidados, este foi considerado o problema desta pesquisa.

Este trabalho pretende apresentar a contribuição da enfermagem no planejamento da alta hospitalar para pacientes com diagnóstico de IC. Justifica-se pela importância dos pacientes portadores de IC receberem orientações de enfermagem adequadas com o propósito de ajudá-lo a compreender o processo de adoecimento, incentivar autocuidado e adequação do esquema terapêutico ao estilo de vida do paciente, contribuindo para diminuição das readmissões e demais agravos.

OBJETIVO

Apresentar a contribuição da enfermagem no planejamento da alta hospitalar para pacientes com diagnóstico de IC.

MÉTODOLOGIA

Referencial teórico

Nesta pesquisa bibliográfica utilizou-se, como referencial teórico, a prática baseada em evidências (PBE). Este referencial iniciou no Canadá, Reino Unido e Estado Unidos, modificando o padrão assistencial, que era totalmente desvinculado do saber científico, para um manejo clínico amparado em evidências científicas (DOMENICO, IDE, 2003; MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008).

Ao se tomar as evidências como base, as decisões na assistência a saúde devem, portanto, ter um critério consensual, advindo de pesquisas e bases de dados, tornando estes, por sua vez, um sustentáculo para a PBE. (GALVÃO, SAWADA, MENDES, 2003; MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008).

As evidências, por sua vez, têm cinco classificações. O nível um compreende as de evidência forte, tendo, ao menos, uma revisão sistemática de vários estudos randomizados. O segundo nível é composto por evidência forte por, ao menos, um estudo randomizado e controlado. O terceiro nível abarca evidências de estudos bem delineados, mas sem randomização, grupo único, coorte e outros. O quarto nível baseia-se em estudos bem delineados e realizados em mais de um local. Por fim, o último nível, de menor força, é o das opiniões de juízes e autoridades, baseando-se em experiências clínicas ou relatórios de especialistas (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008). Desta forma, atualmente existe uma gama de autores que classificam o nível de evidência dos estudos de maneira diversificada. Assim, para a elaboração desse trabalho, foi utilizada a classificação proposta por Stetler, et al (1998). Descrita a seguir (QUADRO 1):

QUADRO 1 : Nível e qualidade de evidências

Nível e qualidade de evidência	Fontes de evidência
Nível I	Metanálise de múltiplos estudos controlados
Nível II	Estudo experimental individual randomizado controlado
Nível III	Estudo quase-experimental como grupo único, não randomizados controlado, ou estudos emparelhados tipo caso controle
Nível IV	Estudo não experimental como pesquisa descritiva, pesquisa qualitativa ou estudo de caso
Nível V	Relatório de casos ou dados obtidos sistematicamente, de qualidade verificável, ou dados de programas de avaliação
Nível VI	Opinião de autoridades respeitadas (como autores conhecidos nacionalmente) baseadas em sua experiência clínica ou a opinião de um comitê de peritos incluindo suas interpretações de informações não baseada em pesquisa. Este nível também inclui opiniões de órgãos de regulamentação ou legais.

Fonte: STETLER,C.B.; MORSE, D.; RUCKI,S.; BROUGHTON,S.; CORRIGAN,B.; FITZGERALD,J.; GIULIANO,K.; HAVENER,P. SHERIDAN,A., 1998.

Referencial metodológico

O referencial metodológico adotado no estudo em questão foi a Revisão Integrativa de Literatura. Esse tipo de estudo possibilita conclusões embasadas em evidências científicas a respeito de um assunto, corroborando uma tomada de

decisão na prática clínica (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008). O objetivo inicial deste tipo de revisão é adquirir um profundo entendimento de um determinado caso utilizando estudos, relatos e pesquisas anteriores sobre o assunto (ROMAN, FRIEDLANDER, 1998).

Considera-se que a Revisão Integrativa de Literatura seja uma ferramenta enriquecedora no processo de análise e sistematização de informações de um tema específico e, também um meio eficiente de se sintetizar o conhecimento já construído, comunicar este a outros pesquisadores e proporcionar uma síntese concisa deste conhecimento (GARBIN *et al.*, 2011).

Para a elaboração desta revisão, foram percorridos seis etapas ou passos, os quais se resumem em: identificação do tema ou questionamento da revisão integrativa, amostragem ou busca na literatura, categorização dos resultados e apresentação da revisão integrativa (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008).

1. Identificação do tema e da questão norteadora

Para realizar uma Revisão Integrativa, alguns passos devem ser seguidos. O primeiro é pautado no momento em que o revisor questiona-se com as perguntas que devem ser respondidas diante da revisão, identifica e sugere hipóteses a serem testadas (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008).

Portanto, para o desenvolvimento desse estudo foi escolhido como tema: insuficiência cardíaca. Este tema foi escolhido devido ao fato de que, mesmo com a presença de equipe estruturada, os pacientes com IC nem sempre respondem ao planejamento e cuidados referidos para alta hospitalar, repercutindo em repedidas hospitalizações e baixa adesão ao plano de cuidados, este foi considerado o problema desta pesquisa.

A partir deste tema, a questão que orientou o trabalho foi: que orientações e cuidados de enfermagem podem contribuir com a saúde do paciente com IC por ocasião de sua alta hospitalar?

2 . Busca na literatura

O segundo passo foi o estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão. A amostragem ou busca de literatura consistiu no levantamento bibliográfico no que concerne a orientações de enfermagem ao paciente com IC.

Foram utilizados os descritores selecionados em ciência da saúde (DECS) Insuficiência cardíaca, Cuidados de enfermagem e Alta do paciente. As buscas pelos artigos foram realizadas pelos sistemas BVS (Biblioteca Virtual de Saúde).

Como critério de inclusão: artigos primários, quantitativos, completos e disponíveis, cuja população fosse constituída por pacientes adultos, publicados a partir de 2010, nos idiomas português, inglês e espanhol e que versassem sobre orientações de enfermagem no cuidado de pacientes com diagnóstico de IC. Foram excluídos artigos em formato metodológico de revisão Integrativa e estudos qualitativos, artigos duplicados e fora do ano pertinente.

Foram encontrados seis artigos, nas bases LILACS, MEDLINE e SCIELO. Na base da LILACS foi encontrado um artigo; Na base da MEDLINE foram encontrados três artigos e excluídos dois, devido conteúdo indisponível somente para assinantes. Na base SCIELO foram encontrados dois artigos e aproveitados. Ao final, totalizaram-se quatro artigos foram incluídos nesta Revisão Integrativa.

Foram analisados cada artigo de acordo com sua identificação e característica. A análise dos dados foi feita de forma descritiva e apresentado síntese dos dados compilados. A partir da identificação e definição dos fatores relacionados e características definidoras, pode-se construir um instrumento para submeter apreciação dos cuidados.

QUADRO 2: Estratégia de busca da Revisão Integrativa

```
: “(tw:((tw:(insuficiencia cardiaca congestiva)) AND (tw:(cuidados de enfermagem)) AND (tw:(alta do paciente)))) AND (instance:"regional") AND (limit:("adult") AND la:("en" OR "pt" OR "es") AND year_cluster:("2012" OR "2006" OR "2015" OR "2010" OR "2011" OR "2005" OR "2007" OR "2014" OR "2000"))”.
```

3 Categorização dos estudos

O terceiro passo definiu quais informações seriam aproveitadas e extraídas dos estudos selecionados, avaliando a qualidade da evidência destes estudos, além de organizar, sistematizar e transformar estes excertos em informações lineares e lacônicas (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008). Os autores deveriam relacionar orientações e cuidados de enfermagem ao paciente com IC, por ocasião de sua alta hospitalar.

A leitura do título dos trabalhos encontrados constituiu a primeira etapa da seleção dos mesmos. Após essa etapa, foram lidos os resumos dos trabalhos pré-selecionados e só então, numa terceira etapa, foram lidos os trabalhos na íntegra. Dessa forma, foram verificados os critérios de inclusão descritos nesse projeto.

4. Avaliação dos estudos

O quarto passo foi avaliação dos estudos incluídos, contendo uma avaliação dos resultados das pesquisas.

Para o desenvolvimento desta etapa, realizou-se o preenchimento do instrumento de coleta de dados (APÊNDICE). Foram analisadas variáveis relacionadas ao periódico: nome, base de dados. Ao artigo: ano de publicação, país de origem e idioma. Em relação às características metodológicas do estudo foram analisados: desenho metodológico, variáveis relacionadas ao estudo, objetivo, particularidades da amostra e distinção dos grupos estudados (pacientes com IC diagnosticada).

5. Interpretação dos resultados e apresentação da revisão integrativa

O quinto passo consistiu na interpretação de resultados. Nessa fase, o pesquisador fundamenta-se na avaliação crítica dos trabalhos, na tentativa de obter tanto uma união e solidificação de resultados que se complementam quanto a possível identificação de lacunas que possam permitir a elaboração de novas sugestões de pesquisa na tentativa de enriquecer e evoluir a assistência à saúde (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008).

6. Apresentação dos resultados

O último passo contemplou a apresentação dos resultados da revisão integrativa por meio de uma síntese. Esta síntese deve permitir aos leitores um panorama sobre o assunto, além de uma avaliação da área de interesse, dos temas abordados, das pesquisas realizadas, resultados obtidos, possíveis lacunas, público selecionado e outros detalhamentos dos estudos envolvidos. O revisor aprecia a visão global de toda sua revisão e propicia, em sua síntese, o detalhamento dos estudos selecionados, os principais resultados e, por fim, o que deve ser extraído, sistematizado e concluído todo este processo (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008). Os artigos foram apresentados na forma de quadros sinópticos.

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

IC foi definida como uma síndrome clínica complexa na qual, em decorrência de injúria funcional ou estrutural do enchimento ventricular ou da ejeção do sangue, o coração não suprime o sangue para a circulação de forma apropriada aos tecidos, resultando em conjunto de sinais e sintomas. Esses sinais e sintomas são desencadeados pela ativação de sistemas neuro-hormonais e moleculares, estes associados aos fatores genéticos e ambientais, determinarão o remodelamento cardíaco (AZEKA *et al.*, 2014).

É classificada como: insuficiência cardíaca sistólica com FE diminuída e insuficiência cardíaca diastólica FE normal. Consideram-se FE reduzida quando $\leq 40\%$, limítrofe quando de 40% a 49%, e preservada quando $\geq 50\%$ (NOGUEIRA; RASSI; CORRÊA, 2011).

Entre as principais queixas dos pacientes acometidos encontramos ortopnéia, dispnéia paroxística noturna. Outras manifestações sistêmicas ou secundárias à IC incluem; desvio do Ictus cordis para baixo e para esquerda, presença de sopros, elevação de pressão venosa jugular, edema de membros inferiores, hepatomegalia dolorosa, refluxo hepatojugular, estertores pulmonares, derrame pleural, ascite, taquicardia, galope de terceira ou quarta bulhas, pulso alternante, tempo de enchimento capilar aumentado, taquipnéia e cianose (GÁZQUEZ; HOLGUÍN; CORTÉS, 2012).

Para organização dos sinais e sintomas de forma integrada a fim de auxiliar no diagnóstico da IC, utiliza-se comumente os critérios de Framingham, essa ferramenta utiliza critérios de sintomas maiores e menores, sua interpretação consiste para o diagnóstico da IC: no mínimo 1 critério maior e 2 critérios menores. Fiorelli, et al (2008). Descrita a seguir (QUADRO 3):

QUADRO 3: CRITÉRIOS DE FRAMINGHAM

Critérios de Framingham para diagnóstico de insuficiência cardíaca	
Maiores	Menores
Dispneia paroxística noturna	Edema de tornozelos bilateral
Estase jugular	Tosse noturna
Estertores crepitantes a ausculta pulmonar	Dispneia aos esforços
Cardiomegalia a radiografia de tórax	Hepatomegalia
Terceira bulha	Derrame pleural
Refluxo hepatojugular	Taquicardia
pvc > 16 cm/h ₂ o	
Perda de 4,5 kg apos cinco dias de tratamento	

Para BOCCHI et al (2012) A classificação da New York Heart Association - NYHA, constitui importante ferramenta para avaliar a funcionalidade do paciente portador de IC, pois esta correlaciona prognóstico, funcionalidade e qualidade de vida. Segue classificação NYHA (QUADRO 4):

QUADRO 4: Classificação New York Heart Association- NYHA

Classificação New York Heart Association- NYHA
Classe I - Ausência de sintomas (dispnéia) durante atividades cotidianas. A limitação para esforços é semelhante à esperada para indivíduos normais
Classe II - Sintomas desencadeados por atividades cotidianas
Classe III - Sintomas desencadeados por atividades menos intensas que as cotidianas ou aos pequenos esforços
Classe IV - Sintomas aos mínimos esforços ou em repouso

Durante a realização anamnese e exame físico do paciente portador de IC encontramos subsídios necessários para o diagnóstico da síndrome. Os principais objetivos consistem: Identificar etiologia, possíveis fatores precipitantes, caracterizar a disfunção predominante sistólica ou diastólica, identificar pacientes que possam se beneficiar de terapêuticas específicas (ex: cirurgia, Marcapasso). A coleta de informações sobre antecedentes pessoais e familiares, bem como o interrogatório sobre os demais aparelhos, podem acrescentar dados fundamentais para inferência sobre a etiologia e a existência de morbidades associadas. Santos, et al (2011). Descrita a seguir (QUADRO 5):

QUADRO 5: ETIOLOGIA E CAUSAS DA IC

Situação	Etiologia provável
Fatores de risco DAC, história de IAM, sinais de isquemia miocárdica	Isquêmica
Antecedentes epidemiológicos, sorologia positiva	Chagásica
Exclusão de outras etiologias	Idiopática
Bloqueios	Doença de depósito
Infecção viral recente	Miocardite
História de ingestão >90g/dia de álcool	Alcoólica

RESULTADOS

Após a realização da estratégia de busca, quatro artigos foram selecionados por estarem adequados aos critérios de inclusão, dos quatro artigos selecionados apenas um foi escrito por dois autores, prevalecendo à parceria de cinco escritores nos demais.

Dentre os artigos escolhidos todos foram aceitos para publicação a partir de 2010, compreendendo (1) 2010; (2) 2013; (1) 2014.

Todos os autores dos quatro artigos eram enfermeiros. Os Artigos 1 e 2 foram publicados no periódico Acta Paulista de Enfermagem. O Artigo 3 foi publicado no periódico Arquivos Brasileiros de Cardiologia. Os três primeiros artigos foram encontrados no idioma português. O Artigo 4, em inglês, foi publicado no periódico Cardiovascular Nursing. Os artigos encontram-se apresentados a seguir (QUADRO 6):

QUADRO 6: Quadro sinóptico da Revisão Integrativa

Autor	Título	Delineamento do artigo	Orientações ou ações realizadas	Conclusão
Heloisia R N Vilance A A P	Artigo 1: Ações de autocuidado em portadores de insuficiência cardíaca	Estudo transversal	Uso correto dos medicamentos, peso diário, restrição de sal e líquidos, não ingestão de bebida alcoólica e assiduidade em consultas e exames.	Os pacientes praticam o autocuidado na percepção de piora clínica e comunicação; controle de peso e vacinação, sem diferença entre grupos. A descompensação nos pacientes do pronto socorro pode estar associada a fatores sócio-demográficos e características de gravidade, incluindo o perfil hemodinâmico, relacionado á prolongada internação e alta letalidade.
Vanessa M M Karen B R Emiliane N S Claudia M Eneida R R-S	Artigo 2: Adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca em acompanhamento domiciliar por Enfermeiros	Estudo experimental antes-depois	Restrição hídrica e salina adequada ao paciente, controle efetivo do peso diário, identificação de sinais e sintomas de descompensação da insuficiência cardíaca, ação e efeitos colaterais dos medicamentos prescritos e vacinação contra a gripe e a pneumonia.	A intervenção de educação no domicílio melhorou significativamente a adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca e internação recente.
Fernanda B D Nadine C Graziella B A Daniela RD Eneida RR	Artigo 3: Educação e monitorização por telefone de pacientes com insuficiência cardíaca: Ensaio clínico Randomizado.	Ensaio clínico Randomizado	Recomendações para instruir e avaliar pacientes, fornecidas pelo Conselho de Enfermagem Cardiovascular da Associação Americana de Cardiologia.	A intervenção educativa de enfermagem intra-hospitalar beneficiou todos os pacientes com IC em relação ao conhecimento da doença e autocuidado, independente do contato telefônico após a alta hospitalar.
Anne Mc B Lorraine B Margo M Carolyne F Christi D	Artigo 4: The role of patient –held alert card in promoting continuity of care for Heart Failure Patients	Estudo Experimental	Foram elaborados “cartões de alerta” sobre insuficiência cardíaca, sendo estes trabalhados com enfermeiros especializados em insuficiência cardíaca (community heart failure specialist nurses- CHFSN) e pacientes cardiopatas. Este trabalho foi realizado durante 12 meses.	O estudo mostrou que “cartões de alerta” podem aumentar o envolvimento de CHFSN (community heart failure specialist nurses - enfermeiros especializados em insuficiência cardíaca) nos cuidados em andamento e no processo de planejamento de alta. Eles também podem capacitar pacientes e cuidadores a assumirem um papel ativo em seus próprios cuidados.

DISCUSSÃO

A restrição da ingestão diária de sal foi abordado pelos **Artigos 1 e 2**. Assim, estes trabalhos reiteram o que já era de conhecimento de estudiosos sobre insuficiência cardíaca, uma vez que as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2012) recomendam que, no paciente com insuficiência cardíaca severa, a ingestão de sódio deva ser, no máximo, de 2 a 3 gramas por dia. Segundo as mesmas Diretrizes, no Brasil, a ingestão diária de cloreto de sódio situa-se em torno de 8 a 12 gramas por dia, ultrapassando em mais de cinco vezes as necessidades diárias.

Também Nakasato; Strunk; Guimarães; Rezende;. Bocchi (2010) afirmam ser amplamente aceito que tratamentos não-farmacológicos tenham um papel importante na insuficiência cardíaca. A American Heart Association (2005) recomenda que a ingestão de sódio nos pacientes com IC seja mantida abaixo de 2 g por dia. Ainda segundo os guidelines do American College of Cardiology e da American Heart Association, as restrições de 2 g ou menos de sal na dieta podem colaborar com os pacientes com insuficiência cardíaca na manutenção do balanço de volume.

O uso correto de medicamentos foi citado pelo **Artigo 1**. Lembra-se que na década de 1990, Barreto e Ramires (1998) realizaram amplo estudo sobre terapia farmacológica na insuficiência cardíaca congestiva. Estes autores versaram sobre o arsenal de medicamentos para este agravo: diuréticos, digitálicos, antagonistas da angiotensina II, betabloqueadores, inotrópicos, anticoagulantes e também outros vasodilatadores. Segundo os mesmos, a insuficiência cardíaca congestiva é uma situação clínica complexa, com múltiplos fatores influenciando sua evolução, sendo que a intervenção clínica em alguns pacientes podem melhorá-los, não levando, no entanto ao controle total da doença.

Maciel (2009) versa sobre o tratamento farmacológico da insuficiência cardíaca congestiva, em trabalho sobre complicações deste agravo, como o edema agudo de pulmão. Para o autor, digitálicos, diuréticos, vasodilatadores,

betabloqueadores, anticoagulantes e antiarrítmicos constituem grupo de medicamentos recomendados nas complicações deste agravo.

Ainda que não prescreva terapia farmacológica, o enfermeiro deve conhecer a relação de medicamentos utilizados na insuficiência cardíaca, no sentido de recomendar seu uso correto, identificar efeitos colaterais e sinais de toxicidade e frisar a importância do paciente seguir corretamente a terapêutica prescrita pelo médico.

A identificação de sinais e sintomas de descompensação da insuficiência cardíaca é citada no **Artigo 2**. Em relação à descompensação, Maciel (2009) se refere ao edema agudo de pulmão e à insuficiência cardíaca descompensada apresentando sinais como dispnéia, edema periférico e fadiga. Este autor postula sobre estas intercorências e suas conseqüências. O enfermeiro deve saber identificar e reconhecer tais agravos. Araújo, Nóbrega e Garcia (2013) reiteram esta idéia e mencionam a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) nos seus diagnósticos e intervenções de enfermagem. Para realizar diagnósticos de enfermagem e prescrever ou realizar cuidados faz-se necessário saber identificar sinais e sintomas da insuficiência cardíaca e suas complicações.

O conhecimento da ação e efeitos colaterais dos medicamentos prescritos também é citado no **Artigo 2**. Santos e Bittencourt (2008) afirmam que o risco de intoxicação com digitálicos é grande, citando sinais e sintomas desta condição, como: sintomas gastrintestinais, neurológicos, arritmias atriais e ventriculares e bloqueios atrioventriculares.

A vacinação contra gripe e pneumonia é pontuada no **Artigo 2**. Segundo Santos e Bittencourt (2008), pacientes com insuficiência cardíaca devem receber anualmente vacinação contra pneumococos e influenza, pois estas infecções podem predispor estes pacientes a descompensação grave do referido quadro. O enfermeiro deve encorajar estes pacientes a seguirem esta recomendação.

A assiduidade para consultas é referida no **Artigo 1**. Em revisão integrativa sobre cuidados de enfermagem na insuficiência cardíaca congestiva, Oliveira, Santo

e Vitório (2015) citam a importância da assiduidade em consultas e exames de rotina no tratamento deste agravo. Estas autoras ainda citam a importância da equipe multidisciplinar na condução do tratamento e controle da insuficiência cardíaca.

A intervenção educativa de enfermagem intra-hospitalar a pacientes com insuficiência cardíaca é a tônica do **Artigo 3**. Este trabalho versa sobre a ação educativa do enfermeiro, sendo que neste estudo, tal prática beneficiou todos os pacientes com insuficiência cardíaca. A educação se deu em tópicos sobre o conhecimento da doença e do autocuidado.

Andrieta, Moreira e Barros (2011), realizando revisão integrativa sobre cuidados a pacientes com insuficiência cardíaca frisam duas categorias: categoria educação e saúde e categoria cuidados de enfermagem. Segundo as autoras o plano de alta realizado por enfermeiros encontra-se baseado nestas duas categorias, porém, no mesmo estudo, estas autoras observaram a existência de lacunas nesta prática, como o déficit de conhecimento dos pacientes em relação à doença e ao tratamento, o tempo de preparo que os enfermeiros têm para planejar a alta hospitalar individualizada e se é suficiente para ensinar o paciente, a validação do plano de alta por parte dos pacientes e familiares devido à grande quantidade de informações, a disponibilidade de material educativo e instruções por escrito para o plano de alta e ainda, se os pacientes realizam acompanhamento para garantir a eficácia da alta hospitalar. Assim, o aperfeiçoamento e a educação continuada devem fazer parte das rotinas do enfermeiro da área de cardiologia.

A elaboração de “cartões de alerta” sobre insuficiência cardíaca, para capacitar pacientes e cuidadores é a recomendação do **Artigo 4**. Trata-se de estudo experimental onde foram elaborados “cartões de alerta” sobre insuficiência cardíaca, sendo estes trabalhos realizados por enfermeiros especializados em insuficiência cardíaca, grupo denominado como Community Heart Failure Specialist Nurses (CHFSN) e direcionados a pacientes cardiopatas.

A efetividade da intervenção só será alcançada, quando o paciente portador de IC, assim como sua família ou cuidadores conseguirem compreender o raciocínio envolvido na gênese da instabilização

clínica. Ou seja, o entendimento de que a prevenção ou a detecção precoce dos sinais de descompensação, como um estado hipervolêmico, que acarreta aumento do peso corporal, formação de edema, surgimento de dispnéia e ortopnéia, este entendimento acarretara em melhor qualidade de vida e conseqüentemente em diminuição reinternações e idas ao Pronto de Socorro (CLAUSELL *et al.*, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final deste estudo, observa-se que orientações de Enfermagem no planejamento de alta hospitalar para pacientes com diagnóstico de insuficiência cardíaca estão centradas nos seguintes aspectos: controle da ingesta de sal, cumprimento da prescrição farmacológica realizada pelo médico, identificação de sinais e sintomas de descompensação da insuficiência cardíaca, ação e efeitos colaterais dos medicamentos prescritos e também a vacinação contra a gripe e a pneumonia.

Tais orientações perpassam pela educação continuada do enfermeiro, que deve estar sempre atualizado na condução dos cuidados de pacientes com este agravo. O enfermeiro especialista na área de Cardiologia e Hemodinâmica é também um educador, que, além de cuidar e prescrever os cuidados deve estar apto também para orientar pacientes e seus familiares.

Faz-se necessário que os planejamentos de alta hospitalar, do paciente com insuficiência cardíaca, estejam baseados em evidências científicas e incorporados na prática clínica da Enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. AZEKA, E. et al. I Diretriz de insuficiência cardíaca (IC) e transplante cardíaco, no feto, na criança e em adultos com cardiopatia congênita, da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 103, n. 6, p. 1-126, 2014.
2. American Heart Association [Homepage on the Internet]. Learn and live: cutting down on salt. [Acessed 21 November 2005]. Available from: <http://americanheart.org/presenter.jhtml?indentifier=336>
3. HUNT, Sharon Ann. ACC/AHA 2005 guideline update for the diagnosis and management of chronic heart failure in the adult: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Update the 2001 Guidelines for the Evaluation and Management of Heart Failure). Journal of the American College of Cardiology, v. 46, n. 6, p. e1-e82, 2005.
4. DE ARAÚJO, Angela Amorim; DA NÓBREGA, Maria Miriam Lima; GARCIA, Telma Ribeiro. Diagnósticos e intervenções de enfermagem para pacientes portadores de insuficiência cardíaca congestiva utilizando a CIPE®. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 47, n. 2, p. 385-392, 2013.
5. ALBUQUERQUE, D. C. et al. I registro brasileiro de insuficiência cardíaca—aspectos clínicos, qualidade assistencial e desfechos hospitalares. Arq Bras Cardiol, v. 104, n. 6, p. 433-42, 2015.
6. ANDRIETTA, Maria Paula; LOPES MOREIRA, Rita Simone; BOTTURA LEITE DE BARROS, Alba Lucia. Plano de alta hospitalar a pacientes com insuficiência cardíaca congestiva. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 19, n. 6, 2011.

7. ALITI, Graziella Badin et al. Sinais e sintomas de pacientes com insuficiência cardíaca descompensada: inferência dos diagnósticos de enfermagem prioritários. Revista Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre. Vol. 32, n. 3 (set. 2011), p. 590-595, 2011.
8. BADIN ALITI, Graziella et al. Cenários de educação para o manejo de pacientes com insuficiência cardíaca. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 15, n. 2, 2007.
9. BARRETTO ACP, RAMIRES JAF. Insuficiência cardíaca. Arq Bras Cardiol. 1998; 71(4):635-42.
10. BOCCHI, Edimar Alcides et al. Atualização da diretriz brasileira de insuficiência cardíaca crônica-2012. Arquivos brasileiros de Cardiologia, v. 98, n. 1, p. 1-33, 2012.
11. DE DOMENICO, Edvane Birelo Lopes; IDE, Cilene Aparecida Costardi. Enfermagem baseada em evidências: princípios e aplicabilidades. Revista Latino-americana de Enfermagem, v. 11, n. 1, p. 115-118, 2003
12. DOMINGUES, Fernanda B. et al. Educação e monitorização por telefone de pacientes com insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado. Arq Bras Cardiol, v. 96, n. 3, p. 233-9, 2011.
13. DE SOUZA SANTOS, Itamar; BITTENCOURT, Márcio Sommer. Insuficiência cardíaca. Revista de Medicina, v. 87, n. 4, p. 224-231, 2008.
14. DAL SASSO MENDES, Karina; CAMPOS PEREIRA SILVEIRA, Renata Cristina de; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a

incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & contexto enfermagem*, v. 17, n. 4, 2008.

15. DAMACENO, Adalvane Nobres et al. ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA. *Revista de APS*, v. 19, n. 1, 2016.

16. DE SOUSA, Mailson Marques et al. Associação das condições sociais e clínicas à qualidade de vida de pacientes com insuficiência cardíaca. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 38, n. 2, 2017.

17. FIORELLI, Alfredo Inácio et al. Insuficiência cardíaca e transplante cardíaco. *Revista de Medicina*, v. 87, n. 2, p. 105-120, 2008.

18. GALVÃO, Cristina Maria; SAWADA, Namie Okino; MENDES, Isabel Amélia Costa. A busca das melhores evidências. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 37, n. 4, p. 43-50, 2003.

19. GARBIN, Livia Maria et al. Medidas utilizadas na prevenção de infecções em transplante de células-tronco hematopoéticas: evidências para a prática. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 19, n. 3, 2011.

20. GODOY, Henrique L. et al. Hospitalização e mortalidade por insuficiência cardíaca em hospitais públicos no município de São Paulo. *Arq Bras Cardiol*, v. 97, n. 5, p. 402-7, 2011.

21. MONTEIRO MANTOVANI, Vanessa et al. Adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca em acompanhamento domiciliar por enfermeiros. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 28, n. 1, 2015.

22. MCBRIDE, Anne et al. The role of patient-held alert cards in promoting continuity of care for heart failure patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, v. 13, n. 1, p. 71-77, 2014.
23. MACHADO, Regimar Carla et al. Protocolo de cuidados de enfermagem a pacientes com dispositivo de assistência ventricular. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 70, n. 2, 2017.
24. MACIEL MVA. Insuficiência cardíaca. *Arq. Bras. Cardiol.* 2009; 9 (6): 146-152.
25. NAKASATO, Miyoko et al. A dieta com baixo teor de sódio é de fato indicada para todos os pacientes com insuficiência cardíaca estável?. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 94, n. 1, p. 92-101, 2010.
26. NOGUEIRA, Patrícia Resende; RASSI, Salvador; CORRÊA, Krislainy de Sousa. Perfil epidemiológico, clínico e terapêutico da insuficiência cardíaca em hospital terciário. *Arq Bras Cardiol*, v. 95, n. 3, p. 392-8, 2010.
27. OLIVEIRA, Liliâne Gomes; DE ASSIS SOUTO, Thais; VITORIO, Aline Mirema Ferreira. OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA BASEADOS EM EVIDÊNCIAS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA. *Revista Rede de Cuidados em Saúde*, v. 9, n. 2, 2015.
28. RIBEIRO DO NASCIMENTO, Heloisa; ALVES DE ARAÚJO PÜSCHEL, Vilanice. Ações de autocuidado em portadores de insuficiência cardíaca. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 26, n. 6, 2013.
29. ROMAN, Arlete Regina; FRIEDLANDER, Maria Romana. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, v. 3, n. 2, 1998.

30. RODRÍGUEZ-GÁZQUEZ, María de los Ángeles; ARREDONDO-HOLGUÍN, Edith; HERRERA-CORTÉS, Richard. Efetividade de um programa educativo em enfermagem no autocuidado em pacientes com insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado. *Revista latino-americana de enfermagem*, v. 20, n. 2, p. 296-306, 2012.

31. SANTOS, Neuma; VEIGA, Patrícia; ANDRADE, Renata. Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 64, n. 2, 2011.

32. STETLER, Cheryl B. et al. Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. *Applied Nursing Research*, v. 11, n. 4, p. 195-206, 1998.

Apêndice: Instrumento de Coleta de Dados

Título do artigo:

Autores (nome e profissão):

Delineamento:

Idioma:

Estabelece orientações de enfermagem:

Sim

Não

Orientações de enfermagem:

Ações de enfermagem realizadas:

Conclusão: