



Rua Dr. Celestino, 74
24020-091- RJ – Brasil
Tel (21) 2629-9484



**DEFINIÇÕES OPERACIONAIS PARA O RESULTADO DE
ENFERMAGEM “EFICÁCIA DA BOMBA CARDÍACA” -
SUBSÍDIOS PARA A CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO**

Mestranda: Rosana Oliveira de Souza
Orientadora: Prof^a.Dr^a. Ana Carla Dantas Cavalcanti
Co-Orientadora: Prof^a.Dr^a. Bárbara Pompeu Christovam

Linha de pesquisa: Cuidado de enfermagem para os grupos humanos

Niterói, dezembro 2012



Mestrado Profissional
Enfermagem
Assistencial



**DEFINIÇÕES OPERACIONAIS PARA O RESULTADO DE ENFERMAGEM
“EFICÁCIA DA BOMBA CARDÍACA” – SUBSÍDIOS PARA A
CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO**

Autora: Rosana Oliveira de Souza
Orientadora Prof. Dr^a Ana Carla Dantas Cavalcanti
Co-Orientadora: Prof^a.Dr^a. Bárbara Pompeu Christovam

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional Enfermagem Assistencial da Universidade Federal Fluminense/UFF como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre.

Linha de pesquisa: Cuidado de enfermagem para os grupos humanos.

Niterói, dezembro de 2012

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

DEFINIÇÕES OPERACIONAIS PARA O RESULTADO DE ENFERMAGEM “EFICÁCIA DA BOMBA CARDÍACA” – SUBSÍDIOS PARA A CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO

Linha de pesquisa: Cuidado de enfermagem para os grupos humanos

ROSANA OLIVEIRA DE SOUZA

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Carla Dantas Cavalcanti

Co-Orientadora: Prof^a. Dr^a. Bárbara Pompeu Christovam

Banca:

Presidente:

Prof^a. Dr^a. Ana Carla Dantas Cavalcanti

1º Examinador:

Dr^a. Isaura Setenta Porto

2º Examinador:

Prof^a. Dr^a. Bárbara Pompeu Christovam

Suplente:

Prof. Dr^a. Tereza Fellipe Guimarães

Suplente:

Prof. Dr^a. Rosimere Ferreira Santana

S 729 Souza, Rosana Oliveira de.
Definições operacionais para o resultado de
enfermagem “Eficácia da Bomba Cardíaca” – subsídios para
a formação de um instrumento / Rosana Oliveira de Souza.
– Niterói: [s.n.], 2012.
161 f.

Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem
Assistencial) - Universidade Federal Fluminense, 2012.

Orientador: Prof^a. Ana Carla Dantas Cavalcanti.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à Deus, que com sua permissão me proporcionou estar junto ao conhecimento.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus, por ter me dado saúde e força para chegar até aqui;

À minha filha Maria Clara, que me deu conforto nos momentos mais difíceis;

À minha mãe Ruth, minha irmã Débora e minha prima Rachel, que sempre me ajudaram, cada uma de formas diferentes;

À minha orientadora Dr^a Ana Carla Dantas Cavalcanti, que com um gesto de carinho, me proporcionou a oportunidade de crescimento;

À minha co-orientadora, Dr^a Barbara Pompeu Christovam, que se dedicou com afinco na produção deste trabalho;

À Márcia Alves, Marina Izu e Valéria Gonçalves, amigas que entraram na minha vida para não mais sair;

Aos amigos Vanessa Alves, André, Leonel, Albertina, entre outros, que estiveram comigo durante todo este período, me apoiando de todas as maneiras possíveis;

E a todas as pessoas que de uma maneira direta ou indireta estiveram comigo nesta jornada.

RESUMO

O avanço da ciência e da tecnologia proporcionou um aumento na longevidade da população e, conseqüentemente, um aumento da prevalência das doenças crônicas. Dentre estas doenças, a insuficiência cardíaca é a que acarreta um dos maiores gastos para o Sistema Único de Saúde. Desta forma, faz-se necessário o monitoramento destes pacientes para que se evitem os quadros de descompensação e possíveis internações hospitalares. Na área da enfermagem verifica-se que intervenções adequadas devem ser implementadas à busca de resultados para estes pacientes. Este estudo teve como objetivo construir um instrumento de monitoramento e avaliação para pacientes com insuficiência cardíaca a partir dos indicadores do resultado de enfermagem Eficácia da Bomba Cardíaca e elaborar definições operacionais para estes indicadores. Foi utilizado o método de revisão integrativa com metassumarização. Para o desenvolvimento das definições operacionais utilizou-se como referencial teórico as estratégias propostas pela Análise de Conceito. A amostra foi constituída por produções científicas que abordaram sobre a temática em estudo em um recorte temporal dos últimos cinco anos, nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola. Os indicadores propostos pelo resultado de enfermagem Eficácia da Bomba Cardíaca que puderam ser confirmados pela presente pesquisa foram os seguintes: Pressão arterial sistólica, Pressão arterial diastólica, Frequência cardíaca apical, Índice cardíaco, Fração de ejeção cardíaca, Pulsos periféricos, Tamanho do coração, Débito de urina, Pressão venosa central, Equilíbrio entre ingestão e eliminação nas 24 horas, Estase de jugular, Disritmia, Sons cardíacos anormais, Angina, Edema periférico, Edema pulmonar, Náusea, Fadiga, Dispneia em repouso, Dispneia com esforço leve e Aumento de peso. Novos indicadores foram observados como Ansiedade, depressão, Autocuidado, apoio Familiar e Adesão ao Tratamento. É de suma importância destacar que os indicadores Rubor, Cianose e Diaforese não foram citados na literatura, e por este motivo, não foram inclusos no instrumento de monitoramento destes pacientes.

Espera-se que o resultado deste estudo contribua para a produção de novos conhecimentos sobre a Sistematização da Assistência da Enfermagem direcionada ao paciente com insuficiência cardíaca à medida que traz à tona melhores evidências acerca do resultado de Enfermagem Eficácia de Bomba Cardíaca, possibilitando com isso, a utilização de uma linguagem padronizada que valoriza o contexto de saúde e a práxis da enfermagem, além de nortear a tomada de decisão clínica pelo enfermeiro.

Descritores: Avaliação de processos e resultados; insuficiência cardíaca e processos de enfermagem.

ABSTRACT

The advancement of science and technology has brought an increase in longevity and, consequently, an increased prevalence of chronic diseases. Among these diseases, heart failure causes one of the higher expenses for the Unified Health System. Thus, it's necessary to monitor these patients to avoid decompensation and possible hospitalizations. In the nursing area, it appears that proper interventions should be implemented to the search of results for these patients. This study aims to build a tool for monitoring and evaluation for the patients with heart failure from the outcome indicators of Nursing Outcomes Effectiveness of Cardiac Pump Classifications found in nursing literature and develop operational definitions of the indicators of the outcome of nursing Effectiveness of Cardiac Pump. It is an exploratory, descriptive, quantitative and qualitative approach. The sample consists of scientific productions that addresses on the topic under study in a time frame of five years. It was used as a theoretical and methodological referential the concept analysis and the analysis of lexical co-occurrences. It's hoped that the results of this study contributes to the production of new knowledge about the Nursing Care System targeted to patients with heart failure as it brings out the best evidence about the outcome Nursing Effectiveness of Cardiac Pump, allowing thus, the use of a standardized language that enhances the health context and practice of nursing and guides clinical decision making by nurses.

Keywords: Evaluation of processes and outcomes; heart failure and nursing process

RESUMEN

El avance de la ciencia y tecnología proporcionó un aumento en la longevidad de la población, consecuentemente, un aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas. Entre estas enfermedades, la insuficiencia cardíaca es la que causa uno de los mayores gastos para el "Sistema Único de Saude". Así, es necesario el monitoramiento de estos pacientes para que se eviten los cuadros de descompensación y posibles ingresos hospitalarios. En el área de la enfermería, se puede verificar que intervenciones adecuadas deben ser implementadas para la búsqueda de resultados para estos pacientes. Este estudio tuvo como objetivo construir un instrumento de monitoramiento y evaluación para pacientes con insuficiencia cardíaca a partir de los indicadores del resultado de enfermería de la Nursing Outcomes Classifications Eficácia de la Bomba Cardíaca y elaborar definiciones operacionales para estos indicadores. Fue utilizado el abordaje de revisión integrativa con metasumarización. Para el desarrollo de las definiciones fue utilizado como referencial teórico las estrategias propuestas por el Análisis de Concepto. La muestra fue constituida por producciones científicas que abordaran el tema de estudio en un recorte temporal de cinco años en las lenguas inglesa, española y portuguesa. Los indicadores propuestos por el resultado de enfermería Eficacia de la Bomba Cardíaca fueron: presión arterial sistólica, presión arterial diastólica, frecuencia cardíaca apical, fracción de eyección cardíaca, pulsos periféricos, tamaño del corazón, débito de orina, presión venosa central, equilibrio entre la ingesta y eliminación en 24 horas, estase de yugular, disritmia, sonidos cardíacos anormales, angina de pecho, edema periférico, edema pulmonar, náusea, fatiga, dispnea en reposo, dispnea con esfuerzo liviano, y gaño de peso. Nuevos indicadores fueron observados como ansiedad/depresión, autocuidado, apoyo familiar y adhesión al tratamiento. Es de gran importancia destacar que los indicadores rubor, cianosis y diaforese no fueron encontrados en la literatura y, por este motivo, no se encuentran en el instrumento de monitoramiento. Se espera que este estudio contribuya para la producción de nuevos conocimientos sobre la Sistematización de la Asistencia

de la Enfermería direccionada al paciente con insuficiencia cardíaca a medida que emerge mejores evidencias sobre el resultado de enfermería Eficacia de la Bomba Cardíaca, posibilitando así, la utilización de un lenguaje padronizado que valora el contexto de la salud y la praxis de la enfermería y nortea la tomada de decisión clínica por el enfermero.

Desciptores: Evaluación de procesos y resultados; insuficiencia cardíaca y procesos de enfermería.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
1.1 _ Questões norteadoras	17
1.2 _ Objetivos	17
1.3 –Justificativa	18
2. ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA	19
2.1 – Abordagem teórica da análise de conceito da Walker & Avant	20
2.2 – Trajetória Metodológica	27
3. RESULTADOS	36
3.1 – Perfil Bibliográfico	39
3.2 – Resultado da Análise Alceste	50
3.3 – Categoria 1: “Resultado de Enfermagem Eficácia da Bomba Cardíaca: A Dimensão Psicossomática no Cuidado de Enfermagem”.	55
3.4 – Categoria 2: “O Processo de Enfermagem Relacionado às Manifestações Clínicas do Paciente com Insuficiência Cardíaca”.	64
3.5 – Categoria 3: “O Preparo Familiar Para Lidar com a Dor do Paciente com Insuficiência Cardíaca”.	85
3.6 – Categoria 4: “As Manifestações Clínicas Apresentadas Pelos Pacientes Portadores de Insuficiência Cardíaca Crônica e a Gerência do seu Cuidado”.	98

4. INDICADORES DO RESULTADO DE ENFERMAGEM EFICÁCIA DA BOMBA CARDÍACA	112
5. INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM PARA ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA	124
6. CONCLUSÃO	145
7. REFERÊNCIAS	147

1. INTRODUÇÃO

A partir das mudanças ocorridas na sociedade contemporânea relacionadas aos fatores sócio-econômicos, culturais e ambientais, bem como aos avanços tecnológicos e científicos, tem-se observado um aumento da longevidade da população em geral.

O progresso trouxe mudanças culturais com a entrada da mulher no mercado de trabalho, que resultou em declínio acentuado na taxa de natalidade e aumento considerável na taxa de longevidade. Todo ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira, a maior parte com doenças crônicas e alguns com limitações funcionais. Estas doenças serão a principal causa de morte e incapacidade no mundo em 2020, contribuindo com dois terços do total das doenças e trazendo enormes custos com os cuidados à saúde^{1,2}.

A insuficiência cardíaca (IC) enquanto uma síndrome crônica, tem prevalência de 1 a 2% da população em alguns países de primeiro mundo, com aproximadamente 23 milhões de pessoas e cerca de 2 milhões de novos casos anualmente¹⁻³. Esta síndrome progressiva, limitante, com péssimo prognóstico surge por comprometimento de contratilidade do miocárdio, por sobrecarga de pressão ou volume ou por distúrbio de enchimento ventricular e apresenta como principais manifestações clínicas a dispnéia, fadiga e edema^{4,5}.

Ao cuidar de pacientes com IC, enfermeiros implementam a sistematização da assistência da enfermagem (SAE) como forma de estabelecer raciocínio clínico e identificar as respostas dos mesmos à doença e seu tratamento. Assim, identifica os diagnósticos de enfermagem (DE) e planeja intervenções para o alcance dos resultados.

A SAE deve ser implementada em todas as instituições de saúde públicas ou privadas, através do processo de enfermagem (PE). Este deve ser utilizado como método para realizar o cuidado de maneira individualizada, ampliando a interação entre enfermeiros-pacientes e garantindo otimização do tempo. Fornece também respaldo legal às intervenções de enfermagem,

assegurando qualidade em saúde através de melhores resultados. Sendo, portanto, uma importante ferramenta para o gerenciamento do cuidado de enfermagem⁶⁻⁸.

Sendo assim, a avaliação é parte fundamental desse processo, pois fornece dados objetivos para verificar se as intervenções planejadas para o paciente alcançando a finalidade proposta, ou seja, o resultado esperado.

Na busca da qualidade do atendimento em saúde, as classificações de enfermagem surgiram no final do século XX com o intuito de padronizar a linguagem utilizada no processo de enfermagem, permitindo a tomada de decisões pautadas em evidências científicas.

Assim, as linguagens padronizadas para diagnósticos (*North American Nursing Diagnosis Association – NANDA-I*), intervenções (*Nursing Interventions Classification - NIC*) e resultados de enfermagem (*Nursing Outcomes Classification - NOC*), são base para a construção do conhecimento e documentação em sistemas informatizados, sendo fundamentais para normatizar a prática da enfermagem, facilitar o trabalho do enfermeiro e contribuir para os resultados em saúde⁶.

Estudos comprovam que é bastante comum a definição do DE Débito Cardíaco Diminuído em pacientes com IC^{9,10}. Para diagnosticar um paciente, enfermeiros buscam dados durante a entrevista, exame físico e leitura de prontuários que justifiquem a identificação de um diagnóstico. Diante da presença de características que possam definir este diagnóstico, torna-se necessário evidenciá-los. São exemplos de características definidoras do débito cardíaco diminuído a dispnéia, oligúria, edema, fadiga, arritmias, entre outras.

Diante deste DE, enfermeiros devem estabelecer o resultado a ser alcançado. Para tal, utilizam a *Nursing Outcomes Classification (NOC)*, que sugere os possíveis resultados a serem alcançados para o débito cardíaco diminuído.

Assim, a NOC pode ser compreendida como um complemento da NANDA-I. Já a *Nursing Interventions Classifications* (NIC), define e classifica as intervenções e atividades de enfermagem. Estas terminologias se complementam e podem ser utilizadas em sistemas informatizados para a aplicação do PE¹¹.

Cada resultado de enfermagem da NOC descreve o estado, comportamentos, reações dos pacientes, como resposta ao cuidado prestado e compreende um título, uma definição, um conjunto de indicadores e uma escala de medida¹².

Esses resultados de enfermagem são avaliados através de indicadores listados em uma escala Likert de cinco pontos, o que possibilita a identificação das alterações no estado de saúde ao longo do tempo.

O resultado de enfermagem **Eficácia da Bomba Cardíaca** é sugerido pela NOC para o diagnóstico **Débito Cardíaco Diminuído**. Este resultado pertence ao domínio saúde fisiológica, classe cardiopulmonar e utiliza as escalas severamente comprometido(a) a não comprometido(a) e grave a nenhum. É definido como “*adequação do volume de sangue ejetado do ventrículo esquerdo para manter a pressão de perfusão sistêmica*”¹².

Ressalta-se que este resultado deverá ser avaliado antes e após as intervenções de enfermagem. Para tal, enfermeiros deverão mensurá-lo ao longo do tempo, considerando a graduação alvo a ser alcançado^{11,12}.

No entanto, ao utilizar esse resultado na prática clínica, enfermeiros apresentam dificuldade de mensurar seus indicadores, visto que, ao tentar classificá-lo nas escalas de 5 pontos, este resultado não apresenta definições operacionais para seus indicadores e métrica. Isto torna subjetiva a sua avaliação, apesar da tentativa da classificação em padronizar a mensuração do resultado.

Na prática de enfermagem baseada em evidências a utilização de escalas são essenciais para estabelecerem um método de ordenação de grandezas quantitativas e qualitativas dos resultados de enfermagem. Mesmo

diante da necessidade de utilizarmos dados objetivos como base para mensurar os indicadores de pacientes com IC, não existem estudos que definam operacionalmente estes indicadores e sua respectiva graduação para a mensuração no resultado Eficácia da Bomba Cardíaca. Portanto, o objeto deste estudo foi as definições operacionais dos indicadores deste resultado e teve como questões:

- Quais indicadores do resultado de enfermagem Eficácia da Bomba Cardíaca estão descritos na literatura?

- De que maneira estes indicadores podem ser base para a construção de um instrumento de avaliação de pacientes com IC?

Para responder a estas questões foram delineados os seguintes objetivos:

➤ Objetivo Geral:

➤ Construir um instrumento para avaliação de pacientes com IC a partir dos indicadores do resultado de enfermagem Eficácia da Bomba Cardíaca encontrados na literatura.

➤ Objetivos Específicos:

➤ Identificar os indicadores do resultado de enfermagem Eficácia da Bomba Cardíaca descritos na literatura;

➤ Descrever as definições operacionais dos indicadores e suas respectivas graduações para a mensuração do resultado Eficácia da Bomba Cardíaca a partir da literatura;

➤ Elaborar um instrumento de avaliação de pacientes com IC baseado no resultado de enfermagem Eficácia da Bomba Cardíaca a partir dos dados encontrados na literatura.

Este estudo é relevante por apresentar evidências acerca do Resultado de Enfermagem Eficácia da Bomba Cardíaca descritos na literatura possibilitando a utilização mais objetivada da linguagem padronizada da NOC. Além disso, valoriza a práxis da Enfermagem e norteia a tomada de decisão clínica pelo enfermeiro. Assim, colaborou para a produção de novos conhecimentos sobre a sistematização da assistência de enfermagem direcionada ao paciente com IC, pois apresentou um instrumento para a avaliação, considerando os aspectos biológicos e extra-biológicos apresentados pelo paciente com IC.

Nessa perspectiva, destaca-se a contribuição deste estudo à linha de pesquisa O Cuidado de Enfermagem para os Grupos Humanos do Mestrado Profissional Enfermagem Assistencial. Em particular, aos Grupos de Estudos de Sistematização da Assistência de Enfermagem e Pesquisas em Cidadania e Gerência na Enfermagem da Universidade Federal Fluminense, pois, a partir da criação do instrumento de avaliação do paciente com IC, este estudo forneceu dados para guiar o planejamento do cuidado de enfermagem, através da identificação das definições de indicadores do resultado de enfermagem Eficácia da Bomba Cardíaca, essenciais para a tomada de decisão clínica, pautadas em informações científicas descritas na literatura. Assim, este estudo forneceu cientificidade à utilização na prática de um instrumento de mensuração.

2. ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA

Toda a produção de conhecimento científico deve apoiar-se em ferramentas teóricas. Estas podem ser entendidas como conjunto de idéias, símbolos e valores que indicam uma série de operações realizáveis a partir da manipulação de conceitos abstratos. Esta produção de conhecimentos é que fundamenta uma profissão^{13,14}.

A observação de campo deve ser validada cientificamente, pois há carência de significado em toda realidade exterior à esfera científica¹⁴. Neste contexto se justifica a necessidade de busca da verdade do conhecimento. Sendo assim, é de fundamental importância a distinção do que é conhecimento científico e o que é conhecimento empírico.

Existe certa dificuldade de se estabelecer o limite entre o senso comum e o saber científico. Este pode ser entendido como 'um fundo de noções e aptidões necessárias ao exercício da capacidade de julgar partilhado por todos os homens, inscrito por toda a eternidade na natureza humana, que constituiria a base inalterável de todo o pensamento racional, e, portanto, de toda a ciência. Este se relaciona aos órgãos sensoriais como a capacidade de raciocínio, reflexão sobre os elementos de uma situação cotidiana^{15,16}.

A construção do conhecimento se relaciona com a reflexão e com o conhecimento já construído. É imprescindível observar, descrever, analisar e discutir a realidade no contexto que se deseja pesquisar, já que o propósito da ciência está na compreensão do mundo empírico onde o homem está inserido^{16,17}.

Nesta perspectiva, este estudo tem como proposta a produção de um novo saber acerca das definições operacionais dos indicadores de Resultado de Enfermagem Eficácia da Bomba Cardíaca. Para a construção das definições operacionais dos indicadores optou-se pela adoção de uma abordagem multirreferencial, na qual utilizou-se as estratégias para construção de conceitos do referencial teórico da Análise de Conceito proposto por Walker & Avant (2004)¹⁸ e o referencial metodológico de Revisão Integrativa de Literatura com metassumarização. Os referenciais foram operacionalizados através da

Análise Lexical de Co-ocorrências realizada pelo *software* Alceste¹⁹. A seguir, os referenciais adotados no estudo são apresentados.

2.1. Abordagem teórica da análise de conceito da Walker & Avant

Conceito pode ser definido como a imagem mental de um fenômeno, a idéia que temos sobre algo e são considerados dinâmicos e submetidos continuamente a transformação. Sua evolução é cíclica, progressiva e influenciada pela significação, uso e aplicação. Fazer uma análise de conceito implica em analisar este conceito profundamente^{20,21}.

A análise de conceito é um conjunto de estratégias compreensíveis que ampliam os processos intuitivos que os teóricos já empregam com o intuito de formar conceitos, proposições ou teorias, já que a base de uma teoria depende da identificação e explicação dos conceitos que a sustentam^{14,21}.

As diretrizes teóricas apontam três elementos básicos e três estratégias essenciais para trabalhar esses elementos na construção de uma teoria. Os elementos são: conceitos, proposições e teorias. As estratégias consideradas neste estudo são as diretrizes para o desenvolvimento das atividades relativas ao enfoque teórico. As três estratégias são: síntese, derivação e análise do conceito. Elas se repetem em cada elemento.

Nesta pesquisa, foi estudado o elemento conceito operacionalizado nas três estratégias, derivação, síntese e análise do conceito, pois o conceito do resultado de enfermagem Eficácia da Bomba Cardíaca já existe, porém ao realizar busca na literatura científica sobre o tema, evidenciou-se que alguns indicadores propostos pela NOC, não apresentavam de forma clara uma definição operacional e outros evidenciados na prática profissional ainda estão por serem estruturados, por se apresentarem sem clareza na literatura de saúde.

Como os conceitos têm o propósito da obtenção de novos conhecimentos, cada ciência usa seus próprios conceitos para divulgar o conhecimento produzido, já que constituem-se a base de toda comunicação e pensamento humano²². Eles devem ser capazes de nortear a prática, a

pesquisa e a concepção do saber fazer. Funcionam como elementos condutores do pensamento investigativo, asseguram o propósito da pesquisa, a relevância do objeto e a justificativa do assunto. Os conceitos não devem ser aceitos como um produto finito, estes são criados, fabricados, afirmados e utilizados de forma a transformar a realidade^{15,23}. Assim, os conceitos são capazes de transformar os acontecimentos da prática assistencial em pesquisa, realizam mudanças através do desenvolvimento de novos conhecimentos, numa constante transformação¹⁴.

No momento em que se propõe analisar um conceito, deve-se anteriormente diferenciar os conceitos de definições. Definição pode ser compreendida como a expressão verbal ou escrita de um conceito. Esta nem sempre é clara e está adequadamente escrita. Conceito é um conjunto de palavras que representa a realidade e facilita a nossa capacidade de comunicação. Definição pode ser teórica ou operacional. A teórica torna possível declarar a existência de um fenômeno ao qual esta se refere e a definição operacional de um conceito tem a sua função relacionada à descrição de um conjunto de procedimentos, os quais são caracterizados pelos elementos constitutivos do conceito, seu conteúdo e seus atributos de definição^{13,24,25}.

Assim sendo, cabe destacar que a opção por trabalhar com as **definições operacionais** neste estudo se deu pelo entendimento de que a definição teórica do Resultado de Enfermagem Eficácia da Bomba Cardíaca e dos indicadores propostos pela NOC já existem, porém, como já apontado anteriormente, as definições operacionais carecem de discussão quanto a um conjunto de procedimentos. A seguir, as estratégias utilizadas para o desenvolvimento das definições operacionais dos indicadores do resultado de enfermagem em estudo são apresentadas.

2.1.1. Derivação do Conceito

A derivação do conceito possibilita o deslocamento e a incorporação de saberes de uma área de conhecimento para outra ou de uma área de

conhecimento para suas sub-áreas, pois tem por premissa a analogia entre fenômenos e/ou áreas de investigações diferentes. Este tipo de derivação é mais do que simplesmente aplicar um conceito de uma forma inalterada, seu significado deve ser desenvolvido e mudado para formar um novo fenômeno, sob um novo olhar. É bastante comum tentar expressar idéias originais de outras áreas de investigação para obter inspiração para novas idéias. Neste momento se procura uma analogia para auxiliar no desenvolvimento de um novo campo de interesse¹⁸.

Ao se trabalhar com a estratégia da derivação do conceito, é necessário ter imaginação e criatividade para trazer estes conceitos para um novo campo de investigação¹⁸. Neste processo, foi necessário transpor os conceitos dos indicadores de insuficiência cardíaca da Medicina e os indicadores do Resultado Eficácia da Bomba Cardíaca da Enfermagem com uma redefinição para o campo dos saberes da Enfermagem Cardiológica.

A finalidade da derivação de conceito é gerar novas maneiras de pensar e olhar para algum fenômeno. Esta fornece um novo vocabulário para uma área de investigação através de junção de saberes de diferentes áreas. Esta é de grande utilidade para áreas em que ainda não existe a definição de um conceito ou nas áreas em que os conceitos existem não contribuem de maneira satisfatória para o avanço das pesquisas do fenômeno de interesse, seja no campo teórico ou prático¹⁵. No caso das definições operacionais dos indicadores do resultado de enfermagem Eficácia da Bomba Cardíaca esses conceitos já existem, porém de maneira incipiente na literatura.

A estratégia de derivação do conceito compreende quatro etapas, que na prática, podem ocorrer simultaneamente. Primeiramente é necessário familiarização com a literatura sobre o fenômeno de interesse, que neste caso são os indicadores do resultado de enfermagem Eficácia da Bomba Cardíaca. Se a literatura existente sobre o tópico de interesse for incipiente em conceitos relevantes, ou se eles já existirem, mas de forma insatisfatória, então a derivação do conceito pode ser apropriada como estratégia no desenvolvimento das definições operacionais¹⁸.

Ao buscar na literatura os conceitos dos indicadores do resultado de enfermagem Eficácia da Bomba Cardíaca, evidenciou-se a necessidade de

incorporar os saberes da medicina sobre os indicadores de IC no levantamento dos indicadores de resultado e desenvolvimento das definições operacionais e posterior elaboração do instrumento para avaliação clínica de enfermagem para pacientes portadores de IC crônica que apresentam o resultado de enfermagem Eficácia da Bomba Cardíaca.

Após a familiarização com a literatura do fenômeno de interesse, deve-se buscar novas maneiras de olhar para o mesmo fenômeno. Depois é necessário escolher um conceito de origem de outro campo para se utilizar no processo de derivação. Este conceito deve oferecer um novo olhar sobre o tópico de interesse. Por último é necessário redefinir o conceito a partir do campo de origem¹⁸. Os conceitos desenvolvidos podem ser utilizados para a formação de teorias para pesquisas, ou como no caso deste estudo, pode fornecer conceitos funcionais para a prática clínica, conforme proposta deste estudo.

2.1.2. Síntese do Conceito

A síntese do conceito, segunda estratégia para o desenvolvimento de conceito, baseia-se na observação ou evidência empírica, o que permite ao pesquisador utilizar a experiência clínica para começar. É utilizada para gerar novas idéias que podem ser adicionadas ao desenvolvimento teórico. Toda vez que um fenômeno ou grupo de fenômenos é descrito a partir de dados empíricos ou dados da literatura inicia-se um processo de síntese do conceito¹⁸.

Para utilizar esta estratégia, faz-se necessário inventar uma nova maneira de agrupar ou ordenar informações sobre algum fenômeno, quando suas dimensões relevantes estiverem obscuras ou desconhecidas¹⁸. Existem algumas maneiras de sintetizar conceitos, como descobrir novas dimensões de velhos conceitos; examinar grupos de conceitos relacionados por similaridades ou discrepâncias ou observando novos fenômenos ou grupo de fenômenos que não tenham sido descritos anteriormente. Esta pode ser utilizada nas áreas que existem pouco ou nenhum desenvolvimento de conceitos; nas áreas que o desenvolvimento do conceito está presente, mas não tem impacto real na

teoria ou na prática ou nas áreas nas quais a observação dos fenômenos está disponível, mas ainda não está classificada ou nomeada¹⁸.

Os dados para a síntese do conceito podem ser produzidos a partir de pesquisas qualitativas, quantitativas e de revisão da literatura. A síntese qualitativa busca a propriedade dos termos. À medida que os dados são coletados, são examinados à procura de similaridades ou diferenças. Na síntese quantitativa, são necessários dados numéricos ou estatísticos e pode-se utilizar qualquer tipo de desenho de pesquisa. Os métodos estatísticos podem ser empregados para se extrair grupos de atributos. Na síntese literária, o exame cuidadoso da literatura é necessário, para se adquirir novas perspectivas sobre o fenômeno de interesse. Esse exame pode disponibilizar dados de conceitos previamente desconhecidos para o estudo¹⁸.

A idéia de que a própria literatura pode tornar-se base de dados, é específica para a síntese do conceito de literatura, sendo esta a proposta de desenvolvimento deste estudo¹⁸. Cabe destacar que nesta pesquisa a síntese quantitativa também foi empregada para extrair o grupo de atributos de definição operacional dos indicadores do resultado de enfermagem Eficácia da Bomba Cardíaca levantados na síntese literária, a partir da aplicação do teste estatístico de Qui-quadrado (X^2) realizado pelo *software* Alceste, que será abordado mais adiante neste capítulo.

A síntese do conceito implica em organizar vários dados em um padrão de relacionamento que era invisível, antes da formação de um conceito totalmente novo. As etapas da síntese do conceito incluem: (1) descobrir os atributos de definição do conceito; (2) classificar sem rigidez, os dados adquiridos sobre a área de interesse; (3) procurar por grupos de fenômenos que pareçam relacionar-se ou se sobrepor e combiná-los entre si; (4) examinar os grupamentos à procura de qualquer estrutura hierárquica e reduzir os grupamentos tomando por base os grupos que pareçam muito similares, caso eles existam; (5) escolher um nome para o grupamento que represente o fenômeno com precisão, o que facilitará a comunicação sobre ele; (6) verificar empiricamente o novo conceito e modificá-lo, se necessário; (7) determinar a posição do novo conceito na teoria existente no campo de conhecimento. Devem-se considerar as perspectivas distintas e as abordagens potenciais que

o novo conceito torna possível para a pesquisa e a prática. Se o conceito for muito diferente das posições teóricas vigentes, então surge um novo campo de estudo. Entretanto, cabe destacar que neste estudo as etapas 6 e 7 propostas por Walker e Avant não serão operacionalizadas^{15,18}.

2.1.3. Análise do Conceito

A análise do conceito, última estratégia para o desenvolvimento do conceito, tem como propósito examinar a estrutura e a função dos conceitos, já que estes têm atributos ou características que os fazem ser únicos em relação a outros conceitos e nos permitem decidir quais os fenômenos que combinam com os mesmos¹⁸.

Esta análise é um exercício formal e lingüístico para determinar os atributos. A análise tem que ser rigorosa e precisa, porém o produto resultante desta análise sempre será experimental, pois um mesmo atributo pode ser analisado de maneiras diferentes para um mesmo conceito pelo fato de que o conhecimento científico é cíclico e está em constante mudança¹⁸. Nesta perspectiva, a compreensão do conceito também muda com o tempo, razão pela qual o conceito não pode ser visto como um produto finalizado. O leitor deve sempre analisar seus elementos críticos no momento atual, o que estimula a comunicação¹⁸.

A análise do conceito examina os elementos básicos de um conceito, o que os diferencia de outros conceitos similares e permite distinguir suas semelhanças e diferenças. Esta análise é essencialmente um exame cuidadoso de uma palavra ou termo e seus usos na linguagem associados à uma explicação de como este se parece ou não com outros termos associados¹⁸.

Este tipo de análise resulta em uma definição operacional precisa que por sua natureza aumenta a validade do conceito construído, o que reflete em sua base teórica. O resultado da análise do conceito leva ao pesquisador um entendimento dos atributos prioritários do conceito, auxiliam na construção de instrumentos de pesquisa e avaliam os já existentes¹⁸.

O desenvolvimento de uma linguagem padrão para descrever a prática da enfermagem também é um importante uso da análise do conceito, pois os termos utilizados para descrever os diagnósticos, intervenções e resultados tem sido desenvolvidos rotineiramente no campo da prática da profissão. A condução de uma análise do conceito nesta prática facilita o trabalho da taxonomia e fundamenta a linguagem da enfermagem na pesquisa e na prática. Cada diagnóstico, intervenção e resultado devem ser considerados como um conceito separado e ser analisado independentemente¹⁸. Os procedimentos para a análise do conceito seguem as etapas descritas na figura 1:

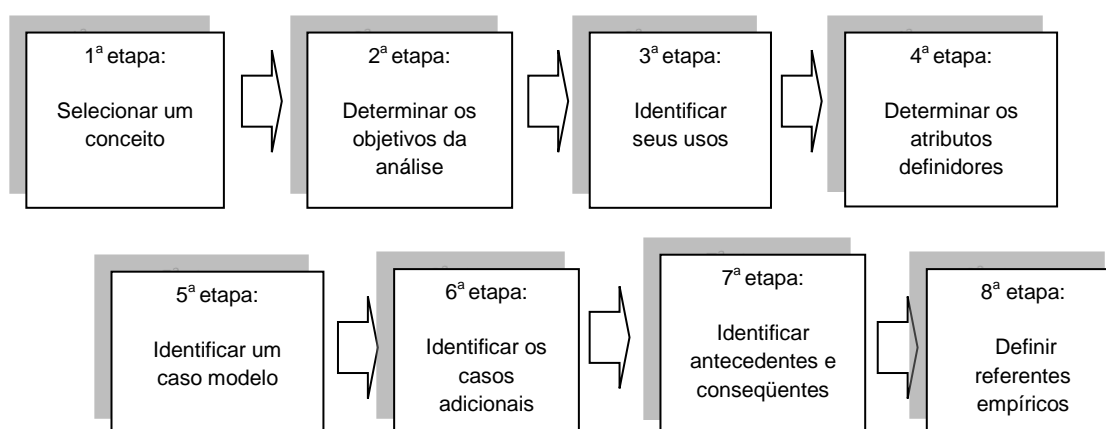


Figura 1. Etapas da Análise do Conceito proposta por Walker & Avant.

O conceito deve ser selecionado com cuidado e examinado seu significado nos seus vários contextos, limites e relevância para o trabalho. Para a determinação dos objetos da análise, o pesquisador deve atentar no uso exato em que se pretende focar o resultado da pesquisa. Para a identificação dos usos do conceito deve ser realizada uma revisão de literatura para sustentar ou validar as escolhas definitivas e os atributos de definição. A determinação destes atributos é o ponto central da análise do conceito e deve-se mostrar o conjunto de atributos mais freqüentemente associado ao conceito e que permita ao pesquisador ter ampla visão do conceito.

A identificação do caso modelo possibilita o uso do conceito com todos os seus atributos de definição teórica. Neste estudo foram considerados casos modelos, a definição teórica de resultado de enfermagem Eficácia de Bomba Cardíaca e seus indicadores propostos pela NOC. A identificação de casos

adicionais possibilita o exame de outros casos que não são exatamente iguais ao conceito de interesse, são similares ou contrários e ajudar a decidir o que deve e o que não deve ser considerado como um atributo de definição para o conceito de interesse. No caso desta pesquisa, os casos adicionais referem-se às definições operacionais dos indicadores do resultado de enfermagem em estudo propostos pela NOC e outros propostos por este estudo.

A identificação de antecedentes e conseqüências do conceito auxilia no refinamento dos atributos de definição. Os antecedentes do conceito são situações, eventos ou fenômenos que precedem o conceito de interesse e auxiliam na compreensão do contexto social no qual ele é comumente utilizado¹⁵. Entende-se por conseqüências do conceito, os eventos ou situações resultantes da aplicação do instrumento elaborado neste estudo para avaliação clínica de enfermagem para pacientes portadores de IC crônica que apresentam o resultado de enfermagem Eficácia da Bomba Cardíaca.

A definição dos referentes empíricos é a etapa final da análise do conceito. Referentes empíricos são as classes ou categorias de fenômenos reais, que por meio de sua existência ou presença, demonstram a ocorrência do conceito propriamente dito. Em muitos casos, os atributos de definição e os referentes empíricos são idênticos¹⁸. Os referentes empíricos nesse estudo são os indicadores do resultado de enfermagem. A principal vantagem da estratégia de análise do conceito é que ela possibilita a elaboração de definições operacionais e/ou teóricas precisas, pois clarifica os termos utilizados para comunicar o conceito¹⁸.

2.2. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

As mudanças ocorridas ao longo dos anos no contexto da organização e da prestação de cuidados nas instituições de saúde, bem como os avanços tecnológicos representam um impacto à prática de gerência do cuidado realizada pelo enfermeiro, exigindo desse profissional novas formas de pensar e agir o cuidado de enfermagem. Neste contexto, a tomada de decisão dos enfermeiros acerca das melhores práticas de cuidado deve estar pautada em

princípios científicos e norteada por conceitos que expliquem o fenômeno de enfermagem.

A incorporação dos resultados de pesquisas pelos enfermeiros fundamenta sua prática e propicia a prestação de um cuidado de qualidade, seguro e com um custo operacional menor, à medida que possibilita à esse profissional selecionar a intervenção mais adequada para cada situação de cuidado, bem como avaliar os seus resultados. No entanto, o que se tem evidenciado na prática é que o enfermeiro tem incorporado evidências científicas de forma incipiente. A explicação para isso pode estar no fato de que alguns conceitos não são compreendidos adequadamente pelos enfermeiros, por não apresentarem uma organização estrutural e funcional clara e bem definida, pois o que é desconhecido ou pouco compreendido gera resistência.

Com base no exposto, optou-se pela utilização do método de Revisão Integrativa de Literatura com metassumarização. A revisão integrativa é uma metodologia específica que tem a capacidade de sintetizar um assunto para melhor compreensão de uma questão, já que resulta de uma ampla revisão de literatura²⁶. Esta tem a finalidade de obter profundo entendimento de uma determinada questão baseando-se em estudos anteriores. Ela reúne e sintetiza resultados de pesquisas de maneira sistemática e ordenada, o que vem a contribuir com o entendimento do tema abordado, sendo considerado um método de pesquisa²⁷.

Assim, neste estudo as estratégias para desenvolvimento do conceito proposto no referencial teórico da Análise de Conceito¹⁸ foram operacionalizadas através do método de revisão integrativa da literatura, com o propósito de buscar evidências na literatura sobre a estrutura e função das definições operacionais dos indicadores do resultado de enfermagem Eficácia da Bomba Cardíaca, examinando seus elementos constituintes de modo a estabelecer os atributos de definição operacional dos indicadores para esta pesquisa, conforme demonstrado na figura 2. Este estudo foi desenvolvido seguindo as seis etapas da revisão integrativa de literatura, a saber: Identificação do tema e elaboração da questão norteadora ou hipótese do estudo; estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão das amostras;

categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos; interpretação dos resultados e apresentação da revisão integrativa²⁷.

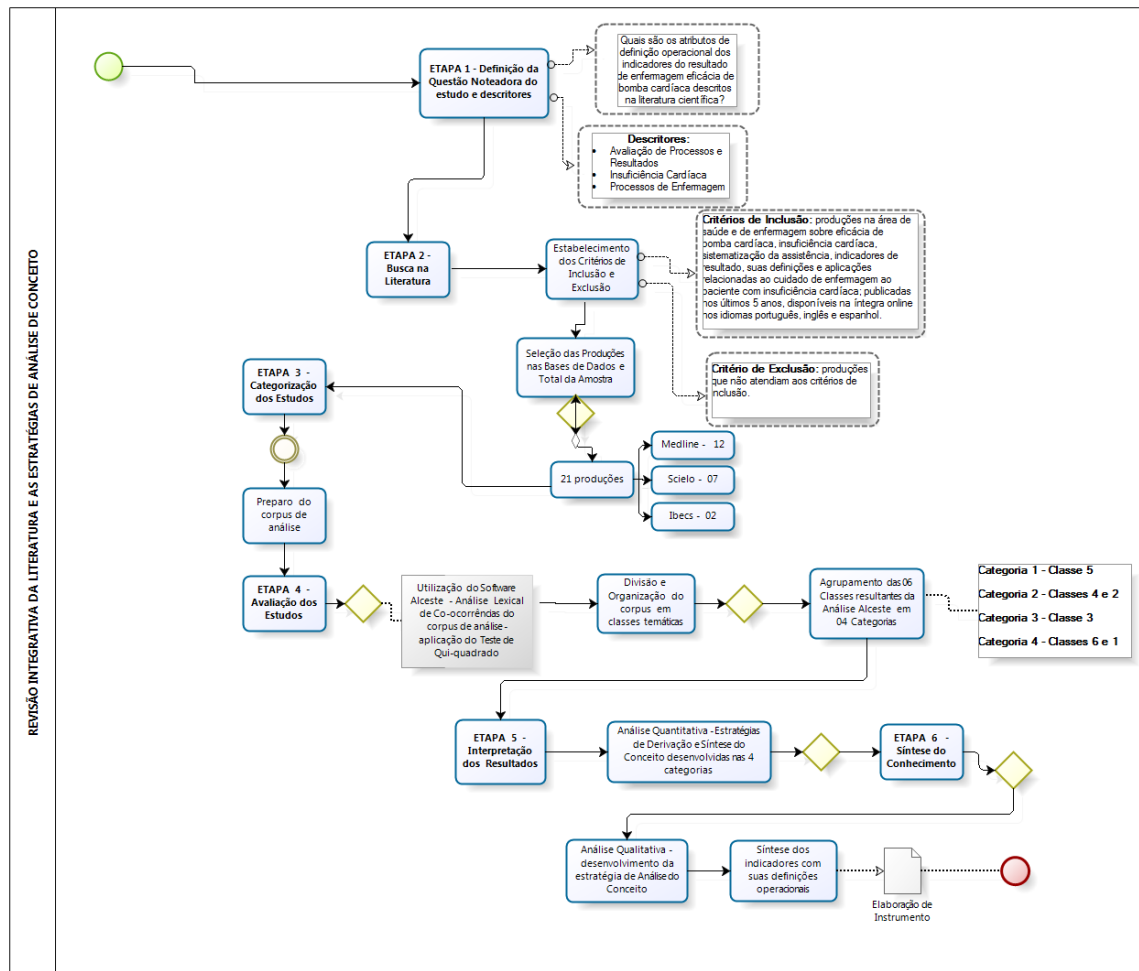


Figura 2. Fluxograma da Revisão Integrativa e as Estratégias de Análise de Conceito. Niterói, 2012

A primeira etapa da revisão integrativa consiste na identificação do tema, elaboração da questão norteadora ou hipótese de estudo e definição dos descritores utilizados na busca das produções nas bases de dados. O tema da pesquisa deve ser elaborado de maneira clara, já que a objetividade inicial direciona todo o caminho da pesquisa, levando à conclusões mais objetivas²⁷. Neste estudo, o tema é resultado de enfermagem Eficácia da Bomba Cardíaca e a questão norteadora da revisão integrativa foi: Quais são os atributos de definição operacional dos indicadores do resultado de enfermagem Eficácia da Bomba Cardíaca descritos na literatura científica? Foram definidos os seguintes descritores de busca: Avaliação de Processos e Resultados, sem

qualificadores; Insuficiência Cardíaca, com o qualificador Enfermagem e Processos de Enfermagem com os qualificadores Utilização e organização e Administração. Para a busca dos estudos nas bases de dados utilizou-se inicialmente o operador booleano “and” não apresentando nenhum resultado, levando à aplicação do operador booleano “or” aos descritores para a busca de produções.

A segunda etapa consiste no estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão de produções utilizadas para busca nas bases de dados. O procedimento de inclusão e exclusão deve ser feito de forma criteriosa e transparente, pois os critérios de amostragem é um indicador da profundidade, qualidade e confiabilidade das conclusões finais da revisão^{28,29}.

Assim sendo, os critérios utilizados para inclusão das produções que compuseram o *corpus* de análise do estudo foram produções na área de saúde e de enfermagem sobre Eficácia de Bomba Cardíaca, Insuficiência Cardíaca, Sistematização da Assistência de Enfermagem, indicadores de resultado, suas definições e aplicações relacionadas ao cuidado de enfermagem ao paciente com IC; publicadas nos últimos 5 anos, disponíveis na íntegra *online* nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram excluídas as produções que não atendiam aos critérios de inclusão. Foram consultadas as seguintes bases de dados de circulação nacional e internacional: Scielo (Scientific Electronic Library Online), Ibecs (Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências em Saúde) e Medline (Medical Literature and Retrieval System Online) via Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Destaca-se não ter sido encontrada nenhuma produção sobre a temática em estudo na base de dados Bdenf (Banco de Dados de Enfermagem).

A terceira etapa, categorização dos estudos, consiste na definição das informações que serão extraídas dos estudos selecionados, com a utilização de um instrumento para reunir as informações-chave. O objetivo neste momento é sintetizar as informações, elaborando um banco de dados, que deve abranger os sujeitos, os objetivos, a metodologia utilizada, os resultados e as conclusões de cada estudo²⁷. O banco de dados construído nesta etapa foi constituído pelas 21 produções que compuseram a amostra. Para a

operacionalização das etapas três, quatro e cinco optou-se pela utilização do *software* Alceste como técnica para tratamento dos dados.

O Alceste é uma metodologia e uma técnica de pesquisa que visa descobrir a informação essencial de um texto e encontra aplicação em todas as áreas onde se lida com seqüência textual. Este permite realizar de maneira automática a análise de entrevistas, perguntas abertas de pesquisas, entre outros¹⁹. No caso do presente estudo realizou-se a análise dos textos extraídos da literatura científica que apresentaram afinidade com o tema de pesquisa.

O programa tem por objetivo investigar a distribuição de vocabulário em texto escrito e/ou transcrito e, realiza de forma automática a análise lexical de conteúdo dos textos descrevendo, classificando, assimilando e resumindo automaticamente por meio de técnicas quantitativas de tratamento de dados textuais sem a inferência do pesquisador. Entre as técnicas estatísticas se destaca o teste de Qui-quadrado (χ^2)¹⁴.

A análise lexical que o programa realiza a partir do *corpus*, analisa a palavra através de seus caracteres, que são chamados de símbolos léxicos, e verifica se estes símbolos fazem parte do alfabeto selecionado de acordo com o idioma utilizado¹⁴.

As palavras são divididas em palavras-ferramentas, que são as preposições, artigos, conjunções, pronomes, verbos auxiliares e desinências gramaticais. As palavras cheias ou plenas são as palavras que tem sentido dentro do *corpus* e incluem substantivos, verbos, adjetivos e advérbios e são essas palavras que dão sentido e revelam o mundo semântico a ser explorado na pesquisa. As palavras-ferramentas devem ser retiradas da primeira análise do programa. A análise Alceste se baseia na forma reduzida dessas palavras¹⁴.

Assim sendo, na etapa três da revisão integrativa foi construído o *corpus* submetido à análise Alceste, de acordo com as regras pré-determinadas pelo programa. O *corpus* de análise foi preparado em um arquivo Word, utilizando a fonte *Courrier* em tamanho 10, com espaçamento simples, sem parágrafos, justificado e um mínimo de 7000 caracteres. As palavras compostas devem ser interligadas por *underline*. Símbolos como cifrão (\$), porcentagem (%), hífen (-), asterisco (*), aspas (") e dois pontos (:) não são aceitos pelo programa e devem ser escritos por extenso.

Também foi criado um dicionário de sinônimos e palavras consideradas importantes para o estudo com o propósito de homogeneizar o *corpus*, pois tudo que está escrito de uma forma diferente é analisado de uma maneira diferente. Palavras ou expressões que apresentem importância para o objeto de estudo devem ser substituídas por uma forma padrão¹⁴.

O *corpus* deste estudo, formado por produções científicas, foi constituído das seguintes partes dos estudos: introdução, discussão, resultados e conclusão. Para que este *corpus* seja considerado consistente, este deve ter um aproveitamento pelo programa de 70%. No caso deste estudo, o aproveitamento foi de 83%.

O *corpus* é um arquivo formado por um conjunto de u.c.i. (unidades de contexto iniciais) que no caso desta pesquisa foi composto por artigos científicos e uma tese que tinham aderência com o tema de estudo e foram obtidos após busca na literatura científica.

As u.c.i. ou linhas estreladas caracterizam o texto e, as palavras 'estreladas' são consideradas variáveis que identificam as características extra-*corpus*, pois elas não interferem tanto na análise quanto na divisão do *corpus*¹⁴. Neste estudo, cada linha estrelada possuiu a seguinte legenda: foi iniciada por 4 asteriscos, seguida do número do texto no *corpus* (*text_); pelo tipo do estudo podendo ser artigo de pesquisa (*tip_ap), artigo de revisão (*tip_arev) e tese (*tip_tese); pelo ano (*ano_) e o local do estudo (*loc_). Segue abaixo, um recorte do *corpus* de análise para exemplificar.

**** *text_1 *tip_arev *ano_2007 *loc_brasil_ribeirao_preto

A insuficiência cardíaca é uma síndrome que impõe marcada limitação funcional, comprometendo a qualidade de vida dos pacientes. A sua prevalência em todo o mundo se aproxima de um a dois por cento. Apesar de vários avanços importantes no tratamento da insuficiência cardíaca, com melhor entendimento fisiopatológico, a taxa de admissões hospitalares continuou a aumentar na última década.

Na etapa quatro da revisão, foi realizada a análise tipo Standard pelo programa, pois este tipo de análise pode ser aplicado ao *corpus* quando a sua natureza textual apresenta ordenamento como obra literária ou coletânea de artigos e é desenvolvida pelas seguintes etapas da análise Alceste: identificação das unidades de contexto, pesquisa das formas reduzidas analisadas, definição dos quadros de dados associados, pesquisa das classes de unidades de contexto¹⁴.

Para a etapa da identificação das unidades de contexto, o *software* dividiu o *corpus* em u.c.e. (unidades de contexto elementares) que são segmentos de texto de 3 a 6 linhas dimensionadas pelo programa e a partir da vinculação das palavras do *corpus* as u.c.e., que o programa estabelece as matrizes que efetuam o trabalho de classificação. Neste momento, o programa realizou a leitura do *corpus*, o reconhecimento das u.c.i. e a primeira segmentação do texto em u.c.e., o agrupamento das palavras plenas em função das suas raízes semânticas e calculou a frequência das formas reduzidas através do Teste do Qui-quadrado (χ^2)³⁰.

Na segunda etapa da análise do Alceste foi realizada a pesquisa das formas reduzidas (redução das palavras com base em suas raízes) e a criação do dicionário de formas reduzidas. Essa operação aumentou o aproveitamento do *corpus* de análise e enriqueceu as ligações estatísticas envolvidas na análise¹⁴.

Após a divisão do *corpus* em u.c.e. e o reconhecimento das formas reduzidas das palavras plenas que as caracterizam, as u.c.e. foram agrupadas em classes de acordo com o contexto semântico organizadas em função das formas reduzidas. O agrupamento das u.c.e. em classes ocorreu a partir da operação denominada Classificação Hierárquica Descendente (CHD), e esse método se dá por sucessivas divisões do texto e apresenta uma classificação definitiva das classes¹⁴. O programa realizou duas classificações sucessivas com o objetivo de dar estabilidade às classes obtidas. Nesta etapa de cálculo, foram fornecidas as formas reduzidas que caracterizam cada classe. A análise Alceste realizada nesta etapa resultou em seis classes, as quais foram organizadas em quatro categorias de análise, conforme mostra a figura 3 que se segue.

ORGANIZAÇÃO ESTRUTURAL DAS DEFINIÇÕES OPERACIONAIS DOS INDICADORES DO RESULTADO DE ENFERMAGEM EFICÁCIA DE BOMBA CARDÍACA

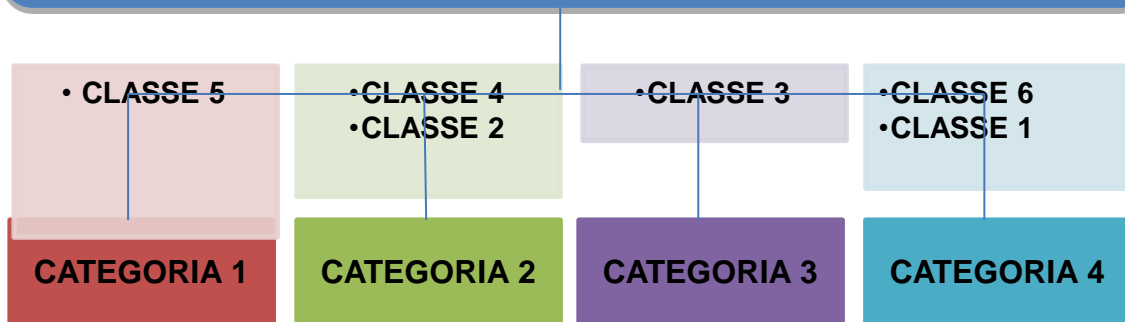


Figura 3. Esquema de Organização Estrutural para Construção das Definições Operacionais dos Indicadores do Resultado de Enfermagem Eficácia da Bomba Cardíaca segundo a Literatura Científica. Niterói, 2012.

A quinta etapa da revisão integrativa refere-se à interpretação dos

dados, na qual foram desenvolvidas as estratégias de derivação e síntese do conceito do referencial teórico da Análise de Conceito segundo Walker & Avant¹⁸. Nessa etapa foi operacionalizada a quinta etapa de análise do programa referente à descrição e interpretação das classes, quando foram calculadas e disponibilizadas as u.c.e. e as palavras mais características de cada classe, a partir do seu grau de associação à classe realizada pela operação de Classificação Hierárquica Ascendente (CHA), o que permitiu a contextualização do vocabulário típico de cada classe obtido na operação de descrição das classes, na 4ª etapa.

Para melhor entendimento de como os resultados deste estudo foram organizados e discutidos faz-se necessário uma breve explanação sobre o que é campo contextual e classe segundo a metodologia Alceste. O campo contextual, que pode ser entendido como o vocabulário específico de uma classe característica de certo tipo de contexto, é utilizado para orientar a

exploração da semântica do *corpus* das unidades de contexto. A definição desse campo contextual vai depender de como o *corpus* foi constituído e das leis de distribuição do vocabulário³⁰.

Para a definição do campo contextual, primeiro acontece um reagrupamento do vocabulário em classes associativas buscando analisar uma classe de enunciados nos quais se destacam em vocabulário específico. O vocabulário da classe é determinado através de análise estatística e a regularidade de um vocabulário específico indica a existência de um campo contextual. O objetivo de uma análise realizada pelo Alceste é distinguir classes de palavras que representam diferentes formas de discurso a respeito do tópico de interesse^{14,31,32}. O programa Alceste realiza uma análise estatística de freqüentes pares de palavras em um *corpus* de texto (análise de co-ocorrência)¹⁹.

Após o reagrupamento das palavras, o programa realiza a integração das diferentes classes associativas num mesmo campo resultando em uma representação global possibilitando o surgimento de um ambiente do qual cada objeto estudado emerge e toma sentido, dando origem as classes¹⁴.

Classe no programa Alceste é um agrupamento de conteúdos com vocabulário homogêneo e suas relações dentro de um contexto. Seu significado só será definido a partir da relação estabelecida entre os conteúdos que a compõem e os fenômenos a serem explorados em cada estudo¹⁴.

A apropriação dos conteúdos significativos presente no campo contextual das classes foi realizada a partir de um procedimento realizado nos resultados da análise fornecidos pelo *software*. Os resultados expostos na CHA de cada classe e a análise dos conteúdos semânticos de suas u.c.e. possibilitaram a elaboração dos agrupamentos temáticos definidos pelas pesquisadoras dentro de cada classe.

O desenvolvimento das estratégias de derivação dos conceitos indicadores de IC da Medicina e indicadores do resultado Eficácia da Bomba Cardíaca da Enfermagem e síntese do conceito dos Indicadores do resultado de enfermagem Eficácia da Bomba Cardíaca na área de conhecimento Enfermagem Cardiológica, no contexto temático que formam as classes resultantes da análise Alceste foi norteado pelas seguintes questões: (a) Que

idéias as classes apresentam sobre o conceito de indicadores de insuficiência cardíaca e indicadores do Resultado Eficácia da Bomba Cardíaca? (b) Como as u.c.e. definem estes conceitos? (c) Quais as características ou os atributos do(s) conceito(s) apontados pelas u.c.e.?(d) Que idéias as classes apresentam sobre o conceito Indicadores do resultado de enfermagem Eficácia da Bomba Cardíaca? (e) Como as u.c.e.s definem este conceito? (f) Quais as características ou os atributos deste conceito apontados pela u.c.e.s?

Os resultados da operacionalização das estratégias de derivação e síntese do conceito oportunizaram a operacionalização da terceira estratégia selecionada para o desenvolvimento das definições operacionais dos indicadores do resultado de enfermagem Eficácia da Bomba Cardíaca, a análise do conceito desenvolvida na sexta etapa da revisão integrativa.

A sexta etapa da revisão trata-se da síntese do conhecimento produzido. Nesta etapa, foi desenvolvida a estratégia de análise do conceito com a finalidade de identificar os elementos recorrentes na formação discursiva das classes referentes aos objetos indicadores de IC, indicadores do resultado Eficácia da Bomba Cardíaca e identificar os antecedentes do conceito em estudo; identificar os referentes empíricos/indicadores de resultado; identificar os atributos de definição operacional dos indicadores do resultado de enfermagem Eficácia da Bomba Cardíaca; construir as definições operacionais dos indicadores; elaborar o produto desta pesquisa - instrumento de avaliação de enfermagem para acompanhamento do paciente com IC; e, apontar as conseqüências do conceito, a partir do produto final deste estudo.

3. RESULTADOS

A busca nas bases de dados foi realizada no mês de maio de dois mil e doze, onde inicialmente foram encontrados 947 estudos distribuídos da seguinte forma: 853 artigos científicos, 03 teses, 01 monografia e 01 estudo não-convencional. Estes estudos abordavam prognóstico, terapia, etiologia, predição e diagnóstico. Foram encontrados estudos em inglês, francês,

alemão, espanhol, japonês, português, italiano, russo, sueco, holandês, norueguês e polonês, realizados em humanos, idosos, masculino, feminino, meio-idade, adulto, recém-nascido, crianças, lactentes, adolescentes, pré-escolar e animais a partir do ano de 1987 até 2011.

Após o primeiro refinamento, a partir da leitura dos resumos e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram encontrados 257 textos publicados no período de 2007 a 2011. Em um segundo momento, houve a leitura dos textos e os critérios de inclusão e exclusão foram aplicados às produções selecionadas para o segundo refinamento. Ao final foram selecionadas 21 produções que compuseram o *corpus* de análise da pesquisa. Destas, 04 foram encontradas no ano de 2007, 03 no ano de 2008, 04 em 2009, 03 em 2010 e 07 no ano de 2011. Cabe destacar que 20 estudos eram artigos científicos e 01 tese. No que se refere à distribuição da amostra pelas bases de dados, 12 estudos encontravam-se disponíveis na Medline, 07 na Scielo e 02 na Ibecs.

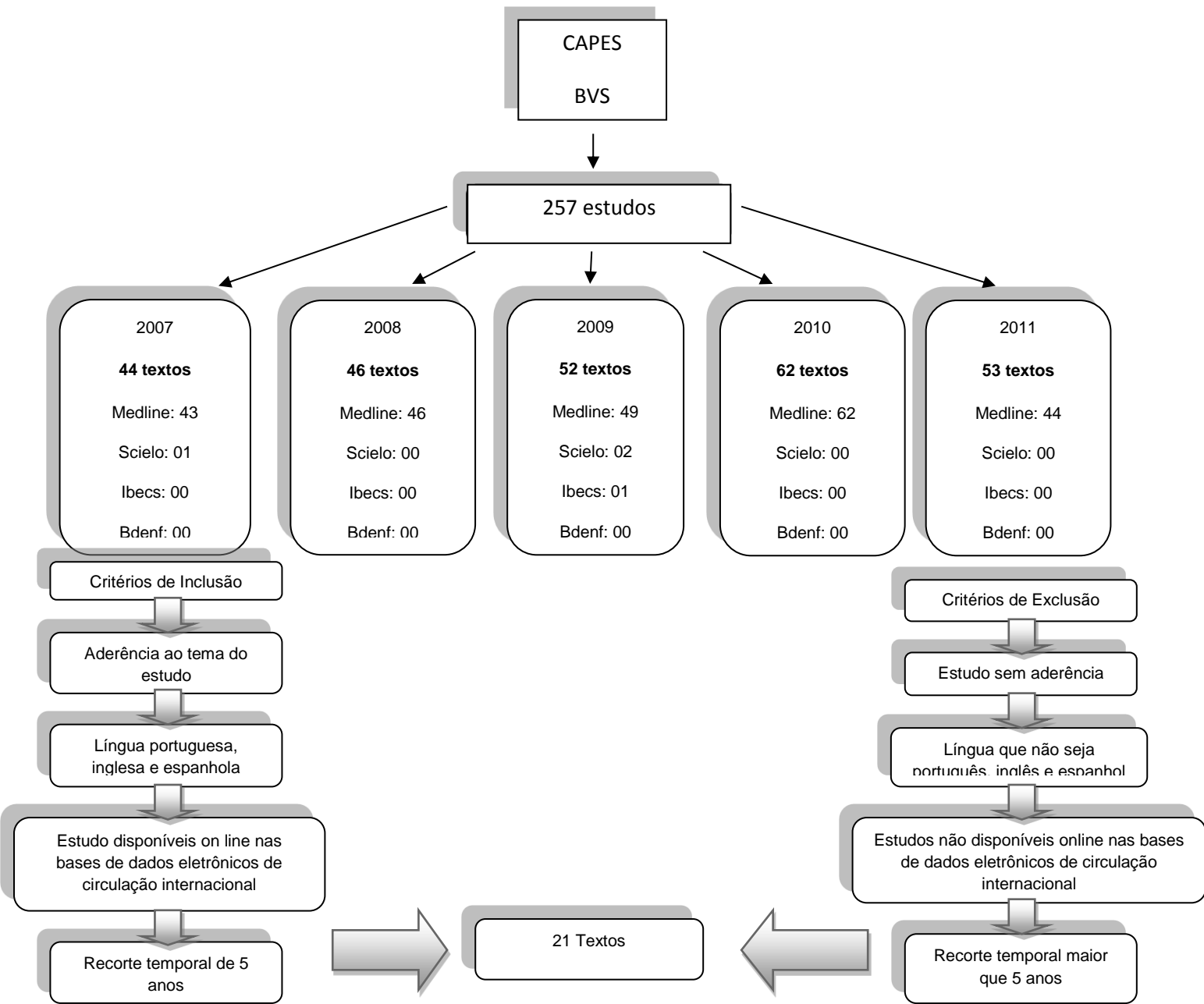


Figura 4. Esquema da amostra dos estudos e critérios de inclusão e exclusão. Niterói, 2012.

A análise dos dados realizou-se através da caracterização da amostra dos estudos para a formação do *corpus* de análise por bases de dados, periódicos, países de origem dos estudos, idiomas, áreas de atuação, distribuição dos estudos no *corpus* de análise e número de textos por classe.

3.1. Perfil Bibliográfico

Ao realizar a busca bibliográfica nas bases de dados estabelecidas foram encontrados 947 estudos. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão restaram 257 estudos. Foi realizada leitura crítica dos resumos restando 21 estudos para formação do *corpus* de análise.

Segue abaixo quadro sinóptico das produções incluídas neste estudo.

Ano	Tipo	Autores	País	Idioma	Objetivos	Resultados
2007	Artigo	Rabelo ER, Aliti GB, Domingues FB, Ruschel KB, Brum AO.	Brasil	Português	Apresentar uma revisão cuidadosa dos aspectos envolvidos no processo de educação do paciente pelo enfermeiro no contexto das clínicas de IC.	Auto-cuidado e educação, incluindo o controle de medidas não-farmacológicas, devem fazer parte da gestão diária dos pacientes com IC, tanto hospitalar e ambulatorial. Pacientes com IC no ambiente hospitalar representam a melhor situação para iniciar o processo de ensino e formação do paciente e seus cuidadores, utilizando-se o impacto representado pela admissão para o hospital e pelos sintomas de descompensação para estabelecer a adesão ao tratamento.

2007	Artigo	Eastwood CA, Travis L, Morgenter n TT, Donaho EK.	Canadá	Inglês	Comparar métodos e resultados ambulatoriais e hospitalares de pessoas com insuficiência cardíaca que adotaram um diário para documentar o seu peso, sinais vitais e sintomas.	O uso do diário para documentar os sintomas mostrou impacto na identificação dos sintomas e maior eficiência em seu tratamento com conseqüente melhora nos resultados clínicos. É necessário um maior estudo para esclarecer as características destes usuários e seu efeito no uso diário relacionado ao auto-cuidado de seus usuários.
2007	Artigo	Gustafson F, Schow M, Videbalk L, Nielsen T, Wriksen H, MArkenvard J, Svendsen TL, Ryde H, Vigholt E.	Dinamarca	Inglês	Avaliar a proporção de pacientes com insuficiência cardíaca com disfunção sistólica ventricular esquerda em tratamento com beta-bloqueadores três meses após o encaminhamento para uma clínica de insuficiência cardíaca liderada por enfermeiras.	Este estudo demonstrou que o uso de beta-bloqueadores continua a ser um desafio, inclusive para clínicas especializadas. Demonstrou também que pacientes idosos e mulheres têm maior risco no uso desta medicação, devendo seu uso ser otimizado em clínicas de IC.

2007	Artigo	Goodlin SJ, Trupp R, Bernardth P, Grady KL, Dracup K.	USA	Inglês	Desenvolver uma ferramenta para identificar as competências da avaliação da insuficiência cardíaca avançada e o conhecimento dos cuidados necessários.	O levantamento para as competências clínicas da insuficiência cardíaca avançada distingue a experiência clínica dos enfermeiros e de seu conhecimento, demonstrando suas habilidades em insuficiência cardíaca.
2008	Artigo	Heo S, Doering LV, Widener J, Moser DR.	USA	Inglês	Identificar as variáveis dos sintomas físicos envolvidos são necessários para desenvolver intervenções eficazes para melhorar o estado de saúde e a qualidade de vida das pessoas	Os pacientes com melhor estado físico foram aqueles que tinham atividade laboral, eram mais jovens e menos ansiosos. Os pacientes que tiveram menos estados depressivos, tiveram melhor percepção e controle dos sintomas físicos, onde se observa que a depressão envolve fortemente os sintomas físicos da doença.
2008	Artigo	Clark AM, Freyberg V, Heath SL, Savand L, McDonalds M, Strain L.	Canadá	Inglês	Descrever o perfil atual e o potencial da enfermagem na abordagem da insuficiência cardíaca crônica na população rural do Canadá.	Os enfermeiros devem apoiar os programas de gestão de doenças como o tele-saúde para auxiliar cuidadores leigos, onde é fundamental educar esses profissionais para a gestão de doenças cardíacas.

2008	Artigo	Stapples P, Earle W.		Inglês	Avaliar a natureza dos problemas dos pacientes, as intervenções de enfermagem por telefone associadas à uma clínica de insuficiência cardíaca.	A combinação de profissionais de enfermagem e enfermeiros com diretrizes médicas pode resolver questões que comumente surgem através do telefone no tratamento dos pacientes com IC.
2009	Artigo	Frazier L, Wung SF, Sparks E, Eastwood C.	USA	Inglês	Apresentar as principais causas de insuficiência cardíaca e realizar uma atualização sobre os estudos genéticos relacionados à cada causa.	As miocardiopatias envolvem alterações do músculo cardíaco juntamente com a desordem de outros órgãos e doença da artéria coronária, além de hipertensão arterial.
2009	Artigo	Goebel JK, Doering LV, Lorenz KA, Maliski SL, Nyamathi AM, Evangelista LS.	Canadá	Inglês	Descrever a teoria da dor total e aplicá-la na pesquisa e na prática em pacientes com insuficiência cardíaca.	Aplicando a teoria da dor total os provedores de saúde podem ser mais efetivos na redução do sofrimento dos indivíduos e na limitação das tarefas.
2009	Artigo	Zambroski CH, Combs P, Cronin SN, Pfeffer C.	USA	Inglês	Descrever o funcionamento básico do dispositivo de assistência ventricular; discutir os quatro temas críticos que surgiram a partir deste estudo de pesquisa; discutir as possíveis intervenções de enfermagem para	O dispositivo de assistência circulatória é uma tecnologia mecânica que deve ser considerada em futuros estudos. Este estudo demonstra que além do risco físico, há também o risco psicológico nestes pacientes. A experiência de viver com este

					abordar os quatro temas críticos que surgiram a partir deste estudo.	dispositivo foi claramente demonstrado com o conto literário "The Pit and the Pendulum" que enfatiza a profundidade das experiências vividas por estes pacientes e fornece ao enfermeiro uma oportunidade de reconhecer os desafios e intervenções para melhor atender as necessidades psicológicas destes pacientes.
2009	Artigo	Evangelista LS, Sackett E, Dracup K.	USA	Inglês	Examinar a prevalência da dor no grupo de pacientes com insuficiência cardíaca crônica na classe funcional III-IV e determinar a relação entre dor e qualidade de vida.	Foi identificado que a dor está presente na maioria dos pacientes. Levando-se em conta os efeitos deletérios da desta síndrome, é necessário que os prestadores de assistência avaliem estes pacientes para que não haja impacto na qualidade de vida.
2010	Artigo	Hall P, Morris M.	USA	Inglês	Descrever a iniciativa do governo para melhorar o cuidado da insuficiência cardíaca.	Este estudo observou a diminuição das taxas de internação, com melhoria do estado geral dos pacientes.

2010	Artigo	Welsh D, Marcinek R, Abshire D, Lennie T, Biddle M, Bentley B, Moser D.	USA	Inglês	Descrever as técnicas de instrução baseadas na teoria do comportamento planejado, baseado na ingestão de pouco sódio.	Observou-se a importância de estratégias individualizadas para a educação do paciente, principalmente quando o tempo é limitado. É necessário a utilização de cartilhas com estratégias educativas para o aconselhamento da dieta com baixo sódio para pacientes com insuficiência cardíaca.
2010	Artigo	Cicccone MM, Aquilino A, Cortese F, Scicchitano P, Sassara M, Mola E, Rollo R, Caldarola P, Giorgino F, Pomo V, Bux F.	Itália	Inglês	Avaliar o impacto da doença e do modelo de gestão de cuidados e da introdução dos enfermeiros gerentes de cuidados.	Este estudo demonstrou que o Projeto Leonardo é viável e altamente eficaz na melhora do conhecimento da doença, habilidade da gestão dos sintomas. Ajudou a promover a confiança e aumentar a segurança dos pacientes com doença crônica em casa.

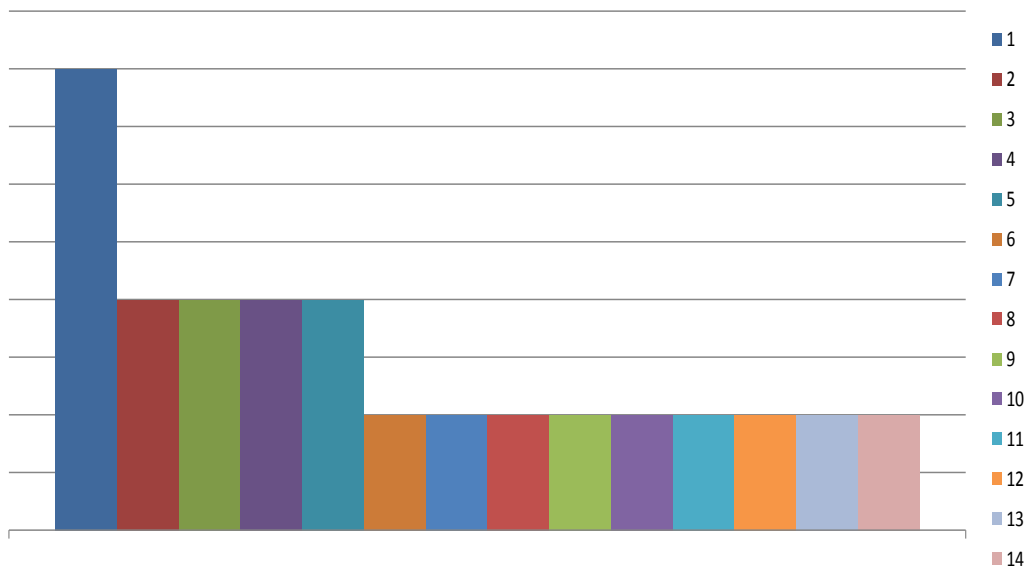
2011	Tese	Azzolin KO.	Brasil	Português	Avaliar a efetividade da implementação de intervenções e atividades, por meio de resultados, a pacientes com insuficiência cardíaca sob cuidado domiciliar, acompanhados por quatro visitas no período de seis meses.	Durante a avaliação clínica estabeleceram-se os diagnósticos, mensuraram-se os resultados e implementaram-se as intervenções de enfermagem. Observou-se que entre as 11 intervenções de enfermagem implementadas aos pacientes, oito foram consideradas efetivas, tendo-se como base a avaliação dos seis resultados que apontaram melhora significativa na comparação entre as médias de VD1 e VD4.
2011	Artigo	Imes CC, Dougherty CM, Pyper G.	USA	Inglês	Descrever as experiências de vida dos parceiros dos portadores de insuficiência cardíaca	A gravidade da doença acarreta em dificuldades no estilo de vida dos parceiros resultando em isolamento social e dificuldade de planejamento para o futuro. Os parceiros não estão preparados para gerenciar os sintomas da doença e necessitam da assistência dos profissionais de saúde.

2011	Artigo	Dekker RL, Lenine TA, Peden HR, Chung ML, Moser BK.	USA	Inglês	Reduzir os vieses do Índice de Cognições de Crandell para uso de pacientes com insuficiência cardíaca.	Este estudo demonstrou que a confiabilidade e a validade do Índice de Cognições de Crandell para medir o pensamento negativo em pacientes hospitalizados com insuficiência cardíaca.
2011	Artigo	Foebel AD, Hindres JP, Heckman GA, Tyas SL, Tjam EY.	Canadá	Inglês	Descrever as características clínicas dos pacientes com insuficiência cardíaca em cuidados domiciliares e examinar o uso do serviço de longa permanência para promover a gestão do serviço.	Este estudo demonstrou que se comparados com os pacientes portadores de insuficiência cardíaca em atendimento domiciliar, estes apresentam maior instabilidade de saúde, mais comorbidades e visitas à emergências.
2011	Artigo	Dekker RL.	USA	Inglês	Rever o estado da medição do pensamento negativo nos pacientes portadores de insuficiência cardíaca.	Pesquisas confiáveis e válidas são necessárias para medir o pensamento negativo em pacientes com insuficiência cardíaca. Porém, para a recomendação do Questionário de Cognição estas pesquisas devem ser realizadas.

2011	Artigo	Scherb CA, Head BJ, Maas ML, Swanson EA, Moorhead B, Rees D, Conley DM, Kozel M.	USA	Inglês	Classificar e comparar os 10 diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem mais freqüentemente documentados em pacientes com insuficiência cardíaca.	A análise dos dados clínicos pode ser utilizada por administradores de enfermagem, além de médicos, para monitorar a qualidade e eficácia dos cuidados de enfermagem.
2011	Artigo	Cooper KL.	USA	Inglês	Descrever a patofisiologia do edema associada à insuficiência cardíaca aguda; identificar as limitações do tratamento na prática baseada em evidências em pacientes criticamente doentes com edema periférico agudo e discutir as estratégias de tratamento adequadas associadas às intervenções de enfermagem para pacientes com edema periférico com insuficiência cardíaca descompensada.	Pacientes com IC e edema periférico são um desafio para a enfermagem. Estes profissionais necessitam reconhecer os princípios básicos da enfermagem baseada em evidências para fornecer orientação e reconhecer o cuidado apropriado. Os fatores principais para os pacientes com edema periférico são os uso de bandagens e meias elásticas com o fim de evitar problemas na integridade cutânea e proteger proeminências ósseas. É necessário a realização de mais estudos para determinar o tempo das terapias e os cuidados apropriados para evitar danos aos pacientes.

Em relação à distribuição dos 21 estudos selecionados nas bases de dados, 18 (86%) se encontravam na Medline, 02 (9%) na Scielo e 01 (5%) na Ibecs.

No que diz respeito à distribuição dos periódicos, 04 se encontravam no NIH Public Access; 02 na Critical Care Nurse; 02 no Canadian Journal Cardiovascular Nursing; 02 na Home Health Nurse; 02 na Hearth Lung; 01 na International Journal of Nursing Terminologies and Classifications; 01 na American Journal of Critical Care; 01 na Nurse Manage; 01 na Journal of Cardiovascular Nurse; 01 na European Journal Hearth Failure; 01 na Revista Latino-Americana de Enfermagem; 01 Vascular Health and Risk Management; 01 na Chronic Disease in Canada; 01 na UFGRS Lumes Deposítório Digital.



1. NIH Public Access
2. Critical Care Nurse
3. Canadian Journal Cardiovascular Nurse
4. Home Health Nurse
5. Hearth Lung
6. International Journal of Nursing Terminologies and Classifications
7. American Journal of Critical Care
8. Nurse Manage
9. Journal of Cardiovascular Nurse
10. European Journal Hearth Failure
11. Revista Latino Americana de Enfermagem
12. Vascular Health and Risk Management
13. Chronic Disease in Canada
14. UFGRS Deposítório Digital

Gráfico 1: Distribuição das publicações nos periódicos. Niterói, 2012.

De acordo com as áreas de atuação, as publicações foram distribuídas da seguinte forma:

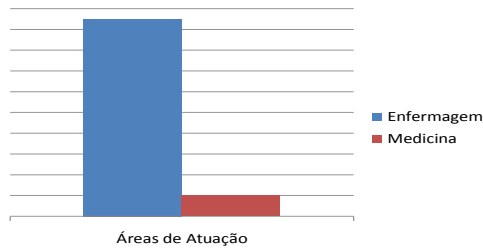


Gráfico 2: Distribuição dos estudos conforme áreas de atuação. Niterói, 2012.

Quanto à distribuição destes textos nas classes selecionadas pelo *corpus*, temos a seguinte representação gráfica:

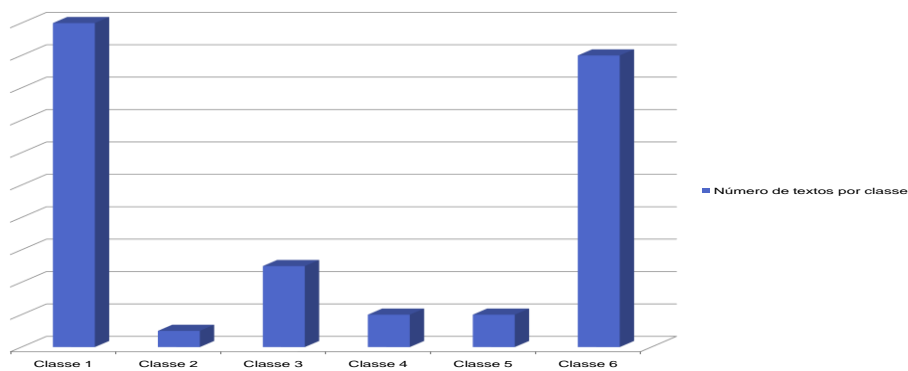


Gráfico 3: Distribuição dos estudos nas classes de análise. Niterói, 2012.

3.2. Resultado da Análise Alceste

Neste momento são apresentados os resultados da análise do *corpus* realizado pelo programa Alceste. Foram analisados 21 textos (u.c.i.), com 1375 formas reduzidas; com o total de 76999 de palavras no texto. Foram encontradas 6966 de palavras diferentes com a frequência média de uma palavra no valor de 7 e o número de palavras com frequência igual a 1

(hapax1) foi de 3022. A frequência máxima de uma palavra foi 4494. A análise dos textos resultou em 1802 unidades de contexto elementares (u.c.e.) com aproveitamento de 83% do *corpus*.

O *corpus* foi dividido em 6 classes e 4 categorias, a saber: Categoria 1 formada pela classe 5; Categoria 2 formada pelas classes 2 e 4; Categoria 3 formada pela classe 3 e Categoria 4 formada pelas classes 1 e 6.

As figuras 5, 6, 7, e 8 que estão sendo apresentadas mostram os dados estatísticos da análise das classes definidas pelo programa a partir do *corpus* de análise.



Figura 5 - Número de classes e de u.c.e. por classe. Niterói, 2012.

Esta figura demonstra que esta pesquisa foi constituída por 1802 u.c.e. divididas em 6 classes. A classe 1, constituinte da categoria 4, formada por 396 u.c.e., em seu grupo temático, apresenta as manifestações clínicas apresentadas pelos pacientes portadores de IC, sendo um dos principais pontos de atenção dos profissionais de saúde. A classe 2, constituinte da categoria 2, formada 260 u.c.e., por problematiza o processo de enfermagem relacionado às manifestações clínicas do paciente com IC. A classe 3, constituinte da categoria 3, formada por 275 u.c.e., versa sobre o preparo familiar para lidar com a dor do paciente com IC. A classe 4, constituinte da categoria 2, formada por 175 u.c.e., aborda os mais freqüentes diagnósticos, intervenções e resultados na IC, a classe 5, constituinte da categoria 1,

formada por 161 u.c.e., versa sobre o impacto do pensamento negativo nos portadores de IC, e por fim, a classe 6, constituinte da categoria 4, formada por 535 u.c.e, aborda sobre a gerência do cuidado deste paciente.

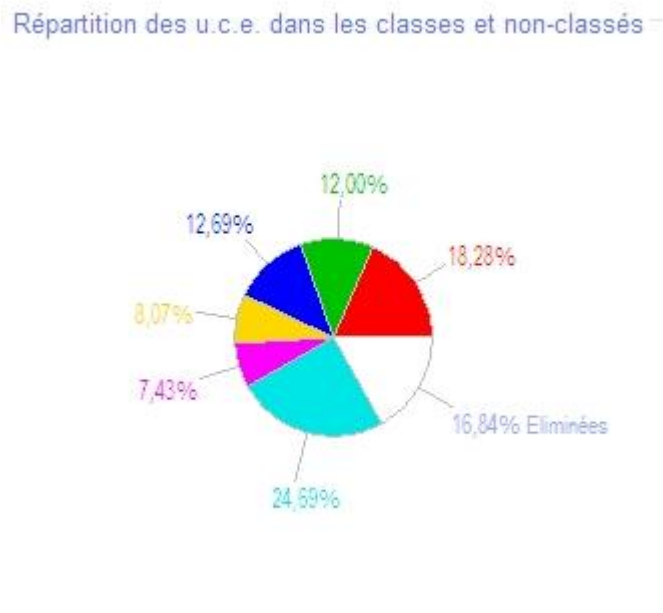


Gráfico 4 – Percentual das classes sobre o total das u.c.e. do *corpus* de análise. Niterói, 2012.

Esta figura nos traz a representação do percentual de distribuição das classes sobre o total de u.c.e. do *corpus* de análise.

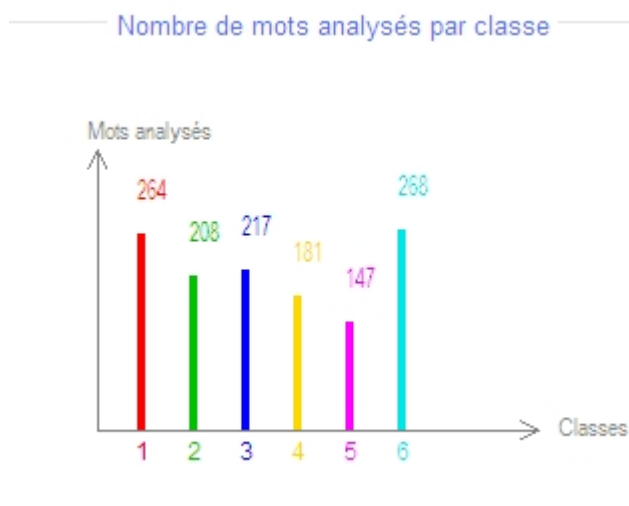


Gráfico 5 – Distribuição das palavras analisadas por classe. Niterói, 2012.

Quanto à distribuição das palavras analisadas observa-se na figura 7 que as classes que mostram a maior representação de palavras plenas é a classe 6 com 268 palavras, seguida pela classe 1 com 264 palavras e pela classe 3 com 217 palavras. A classe 2 representa 208 palavras, seguidas pelas classes 4 com 181 palavras e classe com 147 palavras.



Gráfico 6 – Percentual das classes sobre o total de u.c.e. válidas. Niterói, 2012.

Esta figura nos traz a representação do percentual de distribuição das classes sobre o total de u.c.e. válidas para a análise mostrando uma correspondência de distribuição percentual das classes em relação à figura 5. A classe 6 demonstra o maior peso, com 24,69% do *corpus*. A classe 1 com

18,28%, seguida pela classe 3 com 12,69%. A classe 2, representa 12% do *corpus*, a classe 4 com 8,07% e com o menor peso, a classe 5, com 7,4% do *corpus* de análise. A figura mostra que o *corpus* foi constituído de 1802 u.c.e. dividido em 6 classes.

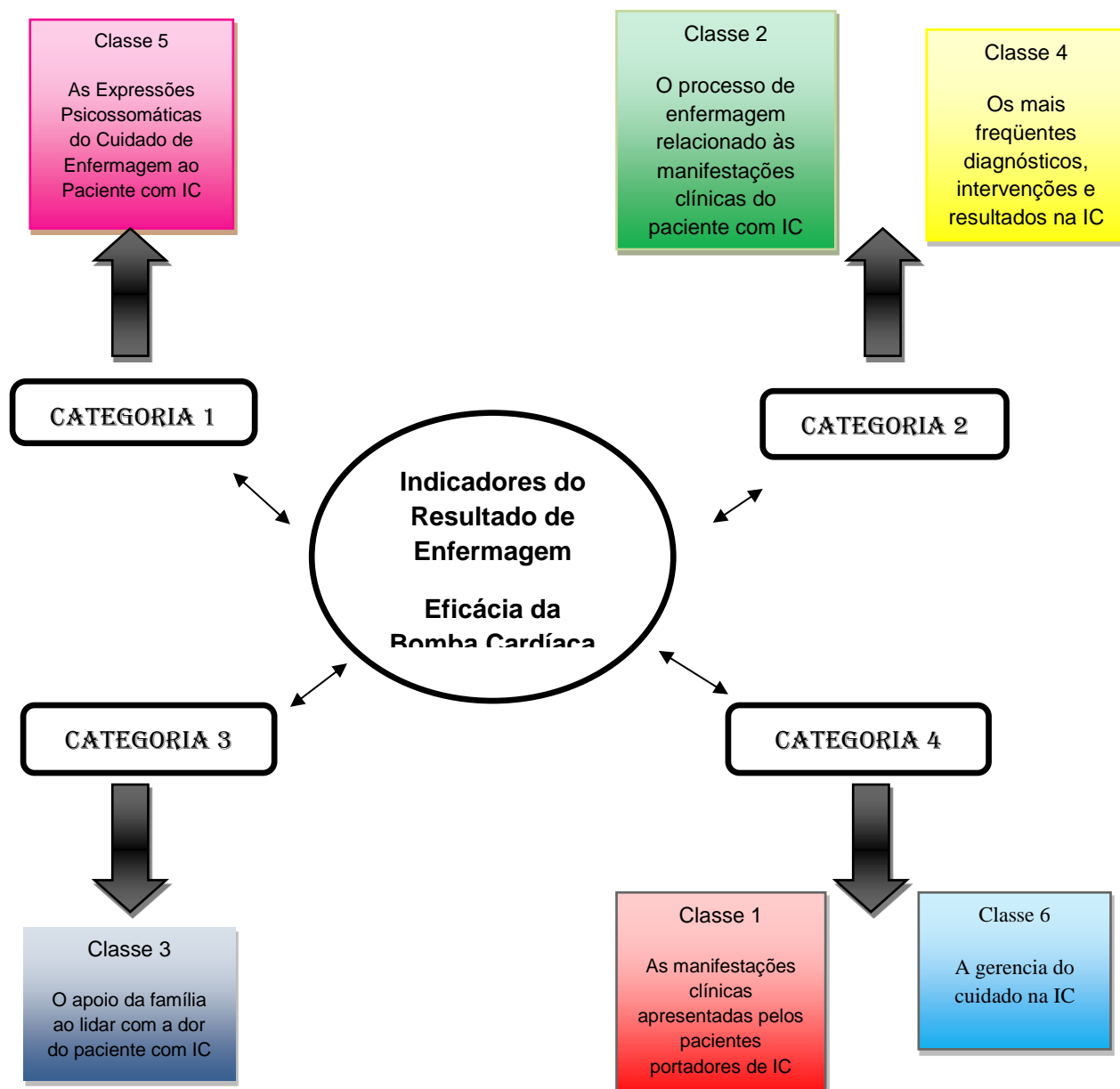


Figura 6 - Representação das categorias e classes resultantes da análise Alceste. Niterói, 2012.

3.3. CATEGORIA 1. RESULTADO DE ENFERMAGEM EFICÁCIA DA BOMBA CARDÍACA: A DIMENSÃO PSICOSSOMÁTICA NO CUIDADO DE ENFERMAGEM.

Caracterização da Categoria

A categoria 01 é formada pela primeira classe resultante da análise Alceste, a classe 5, As Expressões Psicossomáticas do Cuidado de Enfermagem ao Paciente com Insuficiência Cardíaca, na qual foram operacionalizadas as estratégias de derivação e síntese do conceito para a busca dos indicadores de resultado para o diagnóstico de IC do campo de conhecimento da medicina para o novo campo Enfermagem Cardiológica. Neste sentido, a estratégia de derivação do conceito possibilitou a definição do fenômeno de interesse deste estudo, Indicador do Resultado de Enfermagem Eficácia da Bomba Cardíaca. No que se refere à estratégia de síntese, sua operacionalização permitiu estabelecer o relacionamento entre os diferentes elementos que constituem o novo objeto, Indicador do Resultado de Enfermagem Eficácia da Bomba Cardíaca em sua dimensão teórica.

As práticas discursivas que formam os saberes desta categoria caracterizam-se por saberes produzidos predominantemente no ano de 2011, nos Estados Unidos, originados principalmente de artigos de revisão e de pesquisa.

3.3.1. Classe 5 - As Expressões Psicossomáticas do Cuidado de Enfermagem ao Paciente com Insuficiência Cardíaca.

O resultado da operacionalização da análise Alceste realizada no *corpus* de análise, estabeleceu as seguintes características desta classe:

- A classe 5 foi constituída por 147 formas reduzidas de palavras plenas, incluindo as variáveis de identificação e caracterização dos textos que compuseram a amostra deste estudo.

- As variáveis associadas a esta classe foram: ano de publicação (*ano), local de origem do texto (*loc) e tipo de texto (*tip). O Alceste selecionou 02 textos (*text_19 e *text_16 por ordem decrescente de x^2), dos quais foram retiradas as u.c.e. analisadas nesta classe. O quadro 1 que se segue, mostra as variáveis associadas à esta classe com seus respectivos dados estatísticos. Destaca-se que estas variáveis foram organizadas segundo o valor de x^2 que elas apresentaram, em ordem decrescente.

Quadro 1 – Variáveis associadas à classe 5. Niterói, 2012.

Variável	Siglas	X^2	f corpus	f classe	% classe
Ano de publicação	*ano_2011	1240	118	116	98%
Local de publicação	*loc_estados_unidos	224	795	161	20%
Tipo artigo de revisão	*tip_arev	105	634	116	18%
Tipo de artigo pesquisa	*tip_ap	4	386	45	12%

A análise estatística do valor de x^2 das variáveis associadas à classe 5, ou seja, a relação entre o total de u.c.e. produzidas no *corpus* e o total de u.c.e. pertencentes à classe, evidenciou que os discursos que formam seu contexto semântico caracteriza-se por saberes produzidos predominantemente no ano de 2011, nos Estados Unidos, originados de artigos de revisão e de pesquisa. Neste sentido, destaca-se que os saberes que formam o campo enunciativo desta classe versam sobre os fatores psicossomáticos relacionados aos indicadores do Resultado de Enfermagem Eficácia da Bomba Cardíaca.

A análise das formas reduzidas juntamente com os conteúdos das u.c.e. possibilitou a identificação dos atributos de definição do campo enunciativo desta classe, que determinaram um novo contexto semântico organizado no grupo temático: ***“Fatores Psicossomáticos que Interferem no Resultado de Enfermagem Eficácia da Bomba Cardíaca”***.

Para iniciar uma discussão acerca dos fatores psicossomáticos que interferem no Resultado de Enfermagem Eficácia da Bomba Cardíaca faz-se

necessário uma compreensão conceitual do termo psicossomática. Este termo tem sido discutido conceitualmente à luz de duas abordagens: da medicina e da psicologia. Apesar das oposições conceituais, um aspecto é comum entre as duas áreas, a psicossomática se fundamenta na relação corpo e mente. Assim, o termo psicossomático é entendido no campo epistemológico da medicina psicossomática que estuda as relações mente-corpo, como uma proposta holística de explicar a influência das variáveis psíquicas quanto às repercussões no estado da doença física do indivíduo. Neste sentido, os fatores psicossomáticos são entendidos neste estudo, como as variáveis psicológicas que podem dar origem e/ou agravar doenças e interferem no tratamento e recuperação do indivíduo doente³³.

Neste sentido, o quadro 2 apresentado a seguir mostra as formas reduzidas das palavras plenas que definiram a classificação deste grupo temático. Elas foram organizadas e ordenadas segundo valores de χ^2 , em ordem decrescente.

Quadro 2 – Distribuição das Formas Reduzidas e Palavras Plenas do Grupo Temático Fatores Psicossomáticos que Interferem no Resultado de Enfermagem Eficácia da Bomba Cardíaca. Niterói, 2012.

Forma reduzida	X2	f corpus	f classe	% classe	Palavras Plenas ou Contexto Semântico
Pensamento+	920	100	93	93%	Pensamento, pensamentos
Negativo	621	61	60	98%	Negativo
Depressão	587	115	82	71%	Depressão
Validad+	404	43	41	95%	Validar, validade
Automat+	322	31	31	100%	Automático, automáticos
Cognic+	299	31	30	97%	Cognição
Psiquiatr+	205	22	21	95%	Psiquiátrico, psiquiatra
Deprimido+	184	20	19	95%	Deprimido, deprimidos
Origin+	153	19	17	89%	Originais, originalmente
Construto	144	14	14	100%	Construto

Depressivos	143	18	16	89%	Depressivos
Escala+	136	39	24	62%	Escala, escalas
Cognitivo	134	31	21	68%	Cognitivo
Ansiedade	123	36	22	61%	Ansiedade
Diverg+	122	16	14	88%	Divergente
Forte+	119	40	23	58%	Forte, fortes, fortemente
Negativos	118	26	18	69%	Negativos
Confiabilidade	112	13	12	92%	Confiabilidade
Psicometr+	102	12	11	92%	Psicométrica
Fatori+	92	9	9	100%	Fatorial, fatoriais
Redundância	92	9	9	100%	Redundância
Depressiv+	82	8	8	100%	Depressivo, depressivos
Evidenci+	80	57	24	42%	Evidenciado
Consist+	78	32	17	53%	Consistência, consistia
Correlac+	78	20	13	65%	Correlação, correlações
Ambulatori+	74	30	16	53%	Ambulatorial, ambulatoriais
Tríade	72	7	7	100%	Tríade
Discrimin+	72	7	7	100%	Discriminar, discriminado, discriminante, discriminassem
Concorrente	72	7	7	100%	Concorrente
Transtorno+	72	11	9	82%	Transtorno, transtornos
Convergente	72	7	7	100%	Convergente
Propriedades	71	9	8	89%	Propriedades
Cognitiva+	69	19	12	63%	Cognitiva
Instru+	56	29	14	48%	Instrumento, instrumentos
Test+	53	46	18	39%	Teste, testes, testados, testadas, testaram, testar, testando
Ansioso+	51	5	5	100%	Ansioso
Abreviada	51	7	6	86%	Abreviada

Auto_afirmacoes	51	5	5	100%	Auto afirmações
Graduac+	46	10	7	70%	Graduação
Intern+	44	47	17	36%	Internados, interna
Alunos	41	6	5	83%	Alunos
Moderados	41	4	4	100%	Moderados
Investigadores	41	4	4	100%	Investigadores
Níveis	40	28	12	43%	Níveis
Negativa+	40	14	8	57%	Negativa
Clinicamente	40	14	8	57%	Clinicamente
Analís+	36	48	16	33%	Análise
Amostr+	34	71	20	28%	Amostra, amostras

O quadro 2 apresenta as formas reduzidas deste grupo temático, suas frequências na classe e no *corpus*, seus percentuais de impacto na classe e seus contextos semânticos. Este quadro exhibe ainda, as formas reduzidas com maior poder de associação estatística (χ^2) à classe que são: pensamento+, negativo, depressão, cogniç+, deprimido+, ansiedade, transtorno+, desamparo, desesperança, humor e somat+. O resgate das u.c.e. a partir das palavras plenas características deste grupo possibilitou o reagrupamento dos enunciados, a exploração de seus conteúdos, a identificação, nomeação e posterior descrição dos temas que compõem a formação discursiva deste grupo. Neste contexto temático, os conteúdos evidenciados versaram sobre o dualismo mente-corpo e sua influência no tratamento e recuperação do paciente com IC crônica.

A influência deste dualismo no tratamento e recuperação do paciente com IC crônica diz respeito aos efeitos deletérios da IC, que são os efeitos indesejáveis que o organismo apresenta, associados aos fatores psicossomáticos mostrados pelo paciente. Um efeito bastante visível nessas pessoas é o pensamento negativo e a falta de perspectiva para o futuro. As visões negativas do mundo, de si próprias e dos outros, o desapego e a

desesperança levam a um declínio acentuado na aderência ao tratamento e na qualidade de vida dos pacientes, já que estes acreditam estar em uma condição de perigo, podendo também interferir na clínica apresentada. Estes pensamentos resultam em sinais e sintomas emocionais, comportamentais e somáticos e podem ser modificáveis com o passar do tempo³⁴, como mostram as u.c.e. abaixo.

Os autores definiram o pensamento negativo da depressão como os pensamentos automáticos, percepções e imagens que se concentram em atitudes negativas para com o próprio passado e futuro. (u.c.e.: 1932 Classe: 5 x²: 32)

(...) exemplos de pensamentos negativos incluem; eu sou inútil, tudo que eu faço é um fracasso, e nada nunca vai funcionar para mim. Todo o conteúdo de pensamentos negativos e irracional, esses pensamentos são para a pessoa que os experimenta. O pensamento negativo tem varias conseqüências negativas na população em geral. (u.c.e.: 1873 Classe: 5 x²: 16)

A depressão é um problema clinico significativo em pacientes com insuficiência cardíaca. Vinte por cento dos pacientes ambulatoriais com sofrem de transtorno depressivo maior, e ate quarenta e oito por cento dos pacientes ambulatoriais experimentam sinais e sintomas depressivos clinicamente significativos. (u.c.e.: 1876 Classe: 5 x²: 15)

A doença que este paciente apresenta não pode ser considerada somente a falta de saúde, pois estar doente depende de um contexto mais amplo, de componentes biológicos, emocionais, sociais, psicológicos, dos valores e da cultura que o ser está inserido. Também deve ser considerada a sua essência, seu cotidiano, seu modo de ver a doença e sua experiência de vida. Assim como existe uma forma saudável de definir e viver a doença, existe um desafio constante para manter e representar positivamente o estado de saúde³⁵.

A doença acomete o paciente em vários fatores como na incapacidade de assumir responsabilidades, levando os indivíduos a perda de posição social e ao isolamento e a idéia que vai depender dos outros pode fazê-lo sentir-se menos pessoa, fazendo-o acreditar que é impotente e assim desistir de lutar, ocasionando em sintomas depressivos³⁶.

Sintomas depressivos e ansiosos podem ser identificados por mudanças constantes no humor, falta de interesse nas atividades, sentimentos de culpa,

perda da auto-estima, distúrbios no sono e falta de concentração e tem profundo efeito na morbidade, mortalidade e na qualidade de vida dos portadores de IC³⁷.

Qualidade de vida pode ser vista como a extensão do prazer e satisfação que este paciente tenha conseguido alcançar e refere-se aos vários aspectos da vida de uma pessoa que são afetados por mudanças no seu estado de saúde e que são significativos para o mesmo, e a sua melhora é o resultado esperado para estes pacientes^{38,39}.

Esta tem vários determinantes como aspectos econômicos, socioculturais, experiência pessoal e estilo de vida, e é um conjunto de funcionamento físico, mental e social e também como o indivíduo avalia sua situação pessoal em cada uma dessas dimensões⁴⁰.

Pacientes em condições crônicas tem uma queda acentuada na sua qualidade de vida o que o leva a ter pensamentos negativos gerando o comportamento depressivo. Estes pacientes têm um risco duas vezes maior de morte ou hospitalização em comparação aos pacientes que não estão deprimidos⁴¹.

Sentimentos negativos, como por exemplo, preocupações, medos, entre outros, podem desencadear alterações orgânicas, ocorrendo assim, exacerbação das complicações da doença. Dentro deste contexto, é importante ressaltar que os afetos estão diretamente ligados as afecções corporais, já que o estado emocional interfere diretamente com o desejo de cuidar do corpo conforme mostra a u.c.e abaixo.

Os sinais e sintomas de depressão continuam a ser um problema clínico importante em pacientes com a insuficiência cardíaca, e **pensamento negativo** e um **alvo potencial** para o tratamento de **sinais e sintomas de depressão** nessa **população**.
(u.c.e.: 1711 Classe: 5 X²: 19)

O cuidado, entendido como preservação e manutenção da vida não deve resumir-se somente à concepção biomédica, anatômica e fisiológica, mas também ao bem-estar psíquico, este deve incluir também os valores do sujeito,

medidas preventivas, hábitos de higiene e alimentares, lazer, relações humanas, estética, afetividade e a prática do bem-viver⁴².

Quando este paciente tem vontade de viver, auto-estima elevada e gosta do seu corpo, este cuidado como preservação de vida se torna algo instintivo, como necessidade de sobrevivência e expressão de interesse pelo corpo, porém quando o paciente está dotado de pensamentos como: 'a vida não vale a pena', 'sou um peso para as outras pessoas', este perde a vontade de viver, pois neste momento deixar de viver significa deixar para trás tudo de ruim que existe em sua vida, e desta maneira, negligencia o cuidado com o seu corpo, exacerbando as complicações da doença. A u.c.e. abaixo exemplifica esta discussão.

Análise de **componentes** principais **revelou** que a **escala** com quatro **dimensões**; desajustamento pessoal e desejo de mudança, as expectativas **negativas** autoconceito e **negativa**, baixa autoestima e resultando em **desamparo**. (u.c.e.: 1915 Classe: 5 x²: 15)

Desta forma o paciente deve colocar afetividade neste cuidado, deve entender que saúde é conquistada, é preciso esforço, investimento para tê-la. Este depende diretamente da vontade que o indivíduo tem de viver, de comprometimento, auto-conhecimento e responsabilidade, sendo assim, o valor que a vida tem para cada um vai estar diretamente ligada à qualidade do auto-cuidado.

O auto-cuidado por estar diretamente ligado com o interesse pela vida e assim ao instinto de preservação, deve levar o indivíduo à sensação de plenitude, de bem-estar. Este bem-estar nos remete ao campo da psicossomática, que é considerada como um modo completo de olhar todas as condições patológicas do indivíduo⁴³, ou seja, visa relacionar aspectos biológicos e psicológicos nos processos saúde-doença⁴².

Este ramo de estudos considera o ser como histórico, dentro de um contexto social e procura resgatar o sujeito em um processo de adquirir a saúde ou adoecer em uma visão integrada com o meio. É uma possibilidade que o sujeito tem para falar de si, do seu corpo, do que sente, dos seus

desejos, do que espera de suas relações, e neste sentido, ocorre um pedido de socorro⁴⁴.

Quando o ser se encontra doente, ele busca uma solução de ajustamento para a sua realidade, como busca de superação, pois as contradições do cotidiano são sentidas e nem sempre este sujeito consegue encontrar maneiras psíquicas de elaborar seus sentimentos, resultando em sentimentos negativos e desencadeando em alterações no organismo e exacerbação das complicações da doença, evidenciando assim a presença de representações psicossomáticas do senso comum⁴³.

A realidade que este indivíduo se encontra, seu estilo de vida e seu conceito de saúde têm uma dimensão psicossomática que não deve ser ignorada, pois não se pode negar que todos os seres são compostos por um dualismo corpo mente^{43,44}. Desta forma, além dos aspectos fisiopatológicos, estão as emoções, que afetam as condições corporais e vice-versa, em um processo complexo e relacionado com o ambiente e valores do indivíduo^{44,45}, já que somos dotados de inconsciente e desejo.

Neste prisma, onde o desejo do cuidado com o corpo se torna o ponto principal da gerência do cuidado, existe a necessidade de buscar instrumentos que possam medir os níveis de sintomas depressivos nestes pacientes, para que as intervenções sejam direcionadas de acordo com a necessidade e o comprometimento de cada paciente, e o desejo de cuidado com o corpo seja algo que desperte prazer e assim possa evidenciar a melhora dos aspectos clínicos e psíquicos, como mostra a u.c.e. que se segue.

O objetivo deste estudo foi **desenvolver uma medida psicométrica** para o **pensamento negativo** em pacientes com insuficiência cardíaca, **pensamento negativo** é fator de risco para **os sinais e sintomas depressivos** na **população** em geral e um **alvo potencial** para o tratamento de **sinais e sintomas de depressão** em pacientes com insuficiência cardíaca. (u.c.e.: 1649 Classe: 5 x²: 43)

Esses instrumentos evidenciam de maneira clara e precisa o nível de comprometimento que o paciente apresenta e o conseqüente risco de negligência com o corpo, evidenciando que a vontade de viver e o bem-estar

com o corpo e o ambiente são metas a serem alcançadas nos pacientes com sintomas depressivos.

É importante ressaltar que sentir-se bem engloba bem-estar físico e psíquico, condições de vida, ausência de doença, paz interior, acesso à moradia, educação e alimentação, paz com a consciência, entre outros. Desta forma, quando o profissional identifica que o sujeito não realiza o auto-cuidado, a aderência ao tratamento farmacológico e não-farmacológico para minimizar as complicações da doença por baixa auto-estima, tabus, medos, receios e descaso com a sua própria vida, e sabendo-se que esses pensamentos são modificáveis com o tempo, este deve ser trabalhado pelo profissional com o fim que este bem-estar seja conquistado por meio de ações multiprofissionais.

Quando nos remetemos aos pacientes com IC crônica, dada a questão subjetiva do estudo, é necessário trazer à tona esses dados para o objetivo da Nursing Outcomes Classifications – NOC, em sua escala Eficácia da Bomba Cardíaca, onde o indicador **cognição prejudicada** é apontado, e assim, fica claro pela busca da literatura que este indicador é de grande importância para os pacientes portadores de IC crônica.

Os elementos como mudança no humor, baixa auto-estima, falta de concentração, falta de prazer nas atividades, distúrbios no sono e no apetite, entre outros, caracterizam claramente o comportamento depressivo dos pacientes com pensamento negativo.

Com o exposto podemos entender que o indicador **cognição prejudicada se refere ao déficit de atenção/memória relacionado à distúrbios de comportamento associado à condição crônica do paciente.**

3.4. CATEGORIA 2: O PROCESSO DE ENFERMAGEM RELACIONADO ÀS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DO PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA.

Caracterização da categoria

A categoria 2 é a segunda categoria da análise Alceste, formada pelas classes 2 e 4, “O processo de enfermagem relacionado às manifestações clínicas do paciente com insuficiência cardíaca”, onde foram operacionalizadas a estratégia de síntese do conceito com o intuito de buscar os indicadores de resultado para o diagnóstico de IC. Neste sentido, esta estratégia possibilitou a definição do fenômeno de interesse neste estudo, o indicador do resultado de enfermagem Eficácia da Bomba Cardíaca. No que se refere à estratégia de síntese, sua operacionalização busca estabelecer as relações entre os diferentes elementos que constituem o novo objeto, indicador do resultado de enfermagem Eficácia da Bomba Cardíaca em sua dimensão teórica.

Os saberes que formam esta categoria foram produzidos no Brasil, no estado do Rio Grande do Sul, e nos Estados Unidos, originados de um artigo científico e uma tese, ambos do ano de 2011. Os dois estudos exploram os saberes da enfermagem, na temática da Sistematização da Assistência da Enfermagem, explorando especificamente o processo de enfermagem relacionado às manifestações clínicas do paciente com insuficiência cardíaca.

Esta categoria foi constituída por dois textos selecionados do *corpus* de análise do Alceste, constituída pelos textos 10 e 21, contendo 244 formas reduzidas de palavras plenas, palavras estas que dão característica à categoria, distribuídas em 435 u.c.e no total.

3.4.1. Classe 2: “As manifestações clínicas do paciente com insuficiência cardíaca”.

O resultado da operacionalização da análise Alceste realizada no *corpus* de análise, estabeleceu as seguintes características:

- A classe 2 foi constituída por 247 formas reduzidas de palavras plenas, incluindo as variáveis de identificação dos textos que compuseram a

amostra deste estudo. O campo enunciativo desta classe foi constituído por 291 u.c.e.

- As variáveis associadas a esta classe foram: ano de publicação (*ano), local de origem do texto (*loc) e tipo de texto (*tip). O Alceste selecionou 01 texto (*text_10), do qual foram retiradas as u.c.e. analisadas nesta classe. O quadro 03 que se segue mostra as variáveis associadas à esta classe com seus respectivos dados estatísticos. Destaca-se que estas variáveis foram organizadas segundo o valor de χ^2 que elas apresentaram, em ordem decrescente.

Quadro 3 – Variáveis associadas à classe 2. Niterói, 2012.

Variável	Siglas	χ^2	f corpus	f classe	% classe
Ano de publicação	*ano_2011	322	875	266	30%
Local de publicação	*loc_brasil	686	553	260	47%
Tipo de texto	*tip_tese	686	553	260	47%

A análise estatística do valor de χ^2 das variáveis associadas à classe 2, ou seja, a relação entre o total de u.c.e. produzidas no corpus e o total de u.c.e. pertencentes à classe, evidenciou que os discursos que formam seu contexto semântico caracteriza-se por saberes produzidos no ano de 2011, no Brasil, originado de uma tese. Cabe ressaltar, que os saberes produzidos nesta classe versam sobre o processo de enfermagem relacionado às manifestações clínicas dos pacientes com IC.

A análise das formas reduzidas juntamente com os conteúdos das u.c.e. possibilitou a identificação dos atributos de definição do campo enunciativo desta classe, que determinaram um novo contexto semântico organizado no grupo temático: **“O processo de enfermagem e a sintomatologia da insuficiência cardíaca”**.

Quadro 4 – Distribuição das Formas Reduzidas e Palavras Plenas do Grupo Temático: “O processo de enfermagem e a sintomatologia da insuficiência cardíaca”. Niterói, 2012.

Forma Reduzida	X2	f corpus	f classe	% classe	Palavras Plenas ou Contexto Semântico
Hidric+	192	34	33	97%	Hídrico
Domin+	187	81	54	67%	Domínio, domínios
Diagnostico_de_enfe	184	67	48	72%	Diagnóstico de enfermagem
Visit+	181	125	69	55%	Visita, visitas, visitadoras
Resultado_de_enferm	171	37	33	89%	Resultado de enfermagem
Intervencao_de_enfe	155	44	35	80%	Intervenção de enfermagem
Class+	151	54	39	72%	Classificar, classificação, classificações
Equilibr+	144	24	24	100%	Equilíbrio
Control+	136	118	60	51%	Controle, controlados
Energia	135	33	28	85%	Energia
Regime+	131	47	34	72%	Regimes, regimes
Escore+	130	45	33	73%	Escore, escores
Atividade+	125	117	58	50%	Atividade, atividades
Ineficaz+	124	23	22	96%	Ineficaz, ineficazes
Volume	117	28	24	86%	Volume
Excessivo+	105	24	21	88%	Excessivo, excessivos
Liquido+	94	50	31	62%	Liquido
Conservacao	94	18	17	94%	Conservação
Promocao	93	22	19	86%	Promoção
Domiciliar+	91	135	57	42%	Domiciliar, domiciliares
Autocontrole	88	17	16	94%	Autocontrole
Selecionadas	82	22	18	82%	Selecionadas
Definid+	69	32	21	66%	Definido, definida, definidos
Saud+	68	206	69	34%	Saúde
Tolerancia	64	13	12	92%	Tolerância
Disposicao	64	17	14	82%	Disposição
Definidora+	64	15	13	87%	Definidora, definidoras
Famili+	61	89	38	43%	Familiar, familiares
Indicador+	61	43	24	56%	Indicador, indocadores
Manutencao	60	20	15	75%	Manutenção
Conhecimento+	60	93	39	42%	Conhecimento
Comportament+	58	60	29	48%	Comportamento, comportamentos, comportamental, comportamentais
Selecion+	55	19	14	74%	Selecionar, selecionados, selecionadas, selecionado,

					selecionam-se,selecioaram-se
Ensin+	54	29	18	62%	Ensino
Realizadas	54	17	13	76%	Realizadas
Prescritos	52	13	11	85%	Prescritos
Congestao	51	30	18	60%	Congestão
Modific+	47	14	11	79%	Modificar, modificando, modificação, modificações
Desequilibr+	47	10	9	90%	Desequilibrada
Terapeut+	44	36	19	53%	Terapêutico
Automodificacao	42	7	7	100%	Automodificação
Propost+	40	18	12	67%	Proposto, proposta, propostos, propostas
Selecionados	38	24	14	58%	Selecionados
Implementadas	37	19	12	63%	Implementadas
Distensao_da_veia_j	36	6	6	100%	Distensão da veia jugular
Monitor+	35	17	11	65%	Monitorar, monitoração, monitora, monitoramento

As palavras plenas e formas reduzidas que caracterizam esta classe são: diagnóstico_de_enfe; resultado_de_enferm; intervenção_de_enfe; conservação; promoção; autocontrole; aconselhamento; saud+, doenca+; bem_estar; familiares, estabilidade; manutenção; conhecimento+; comportament+; ensin+; hábitos; distensão_de_veia_j; fadiga; ortopnéia; ganho_de_peso; congestão; descompensac+.

A análise das formas reduzidas das palavras plenas, juntamente com os conteúdos das u.c.e. possibilitou a identificação do grupo temático, a saber: **o processo de enfermagem e a sintomatologia da insuficiência cardíaca.**

A IC é um estado fisiopatológico em que o coração é incapaz de manter perfusão periférica adequada para suprir as necessidades metabólicas tissulares, o que compromete a qualidade de vida do paciente, pois impossibilita o indivíduo de realizar as atividades da vida diária sem limitações. É uma doença crônica, caracterizada pela permanência, presença de incapacidade residual, mudança patológica não reversível, causando necessidade de treinamento especial do paciente para a reabilitação e supervisão dos cuidados^{4,46}.

Esta síndrome tem uma sintomatologia própria, bastante específica pelo comprometimento do coração como bomba, com conseqüente baixo débito cardíaco, o que resulta em baixa perfusão nos tecidos, podendo ocasionar comprometimento renal, gastrointestinal, cerebral, além dos sintomas produzidos pelo baixo débito cardíaco.

Existem sintomas que são bastante clássicos da IC, como a dispnéia, que é resultado da congestão pulmonar e causa respiração rápida e curta, aparecendo principalmente aos esforços; o edema periférico como resultado da baixa filtração glomerular pelo baixo débito cardíaco; edema pulmonar, como resultado da transdução de líquidos para o espaço alveolar; distensão da veia jugular retratando congestão hepática; ganho de peso que é o resultado da retenção de líquidos; fadiga constante que se relaciona à baixa oferta de oxigênio aos tecidos, entre outros, como demonstra a u.c.e.abaixo.

(...) ainda foram **avaliados** hepatomegalia, **ganho de peso**, e **sinais vitais** não eram pontuados. Utilizando o **escore** clínico de **congestão** e o **diagnóstico de enfermagem volume de líquidos excessivo**, avaliou-se a sensibilidade e **especificidade**. u.c.e. 829 Classe: 2 x²: 29

O ponto crucial desta sintomatologia é que o indivíduo por muitas vezes tem como evitar o quadro de descompensação da doença e que esta sintomatologia venha à tona, tendo como conseqüência uma melhor qualidade de vida, que é uma das metas mais importantes a ser alcançada para este paciente. A qualidade de vida pode ser estratificada em três componentes: a capacidade funcional, que deve ser avaliada pela capacidade de realizar as atividades da vida diária, interações sociais, funções cognitivas, estado emocional e condição econômica resultante; a percepção dos sintomas e suas conseqüências⁴⁶.

As doenças crônicas são passíveis de controle, porém as restrições impostas pelo tratamento podem levar à uma queda na vontade de viver dos pacientes. Estas doenças causam incômodos físicos, perdas nas relações sociais e nas condições financeiras, déficit na locomoção, no trabalho e no lazer, causam ameaças à aparência individual, à vida e perda da esperança. Existe também interferência na auto-estima, alterações do estado emocional, modificações no hábito alimentar, perda da motivação para a vida e para o

auto-cuidado, entre outros. Por isso, mudanças nos hábitos de vida, como forma de adaptação ao estado crônico, devem ser aceitas, como mostra a u.c.e. abaixo.

(...) **dentre as** onze intervenções de enfermagem **selecionadas nesse** consenso, para os seis diagnósticos de enfermagem, percebe-se uma **ênfase** no **domínio comportamental, definida** como cuidados que **dão suporte ao funcionamento** psicossocial e **facilitam** mudança no estilo de vida; educação para a **saúde, assistência** na **auto-modificação, modificação do comportamento, ensino; (...)**
u.c.e.: 855 Classe: 2 x³: 29

As alterações no estado emocional do paciente, somado algumas vezes à dificuldade cognitiva, pode levar o paciente a perder a capacidade de se cuidar, que de acordo com Dorothea Oren, é a prática de condutas que as pessoas fazem por si mesmas de maneira consciente e permanente para a manutenção da vida, do desenvolvimento, da saúde e do bem-estar⁴⁷.

Intervenções educativas devem ser implementadas como forma de aceitação da doença e de reconhecimento das manifestações clínicas de descompensação e devem ser trabalhadas neste paciente. O enfermeiro deve avaliar o seu nível de instrução, a aceitação da doença e o apoio familiar, como forma de individualizar as orientações. Devem também ser avaliadas a presença ou ausência dos sintomas, o custo do tratamento e a presença de efeitos colaterais⁴⁸, como mostra a u.c.e. abaixo:

(...) não poderia ser estabelecido antes de disponibilizar a eles a oportunidade de terem sido **orientados** quanto à sua **doença** e quanto **ao tratamento**. O **controle familiar ineficaz da saúde** foi **selecionado** levando-se em **consideração** a importância **da família** no contexto de **doença** e a falta de **suporte familiar** para esses pacientes, o que pode culminar em **controle da doença** u.c.e : 848 Classe: 2 x²: 17

Neste aspecto, a educação em saúde é um processo que melhora o conhecimento e as habilidades influenciando nas atitudes exigidas do paciente para manter uma conduta adequada quanto à saúde. Como meta desse processo educativo está a estabilização deste paciente e, para isso, devem ser explicitados temas como explicação sobre a doença e seus sintomas; seus sinais de descompensação e como evitá-los; que conduta tomar durante essa descompensação; explicitar as responsabilidades do paciente, da família e dos cuidadores; as alternativas de tratamento⁴⁸, entre outros, como mostra a u.c.e. à seguir:

(...) **dentre as características definidoras** evidenciadas estavam **as atividades familiares inadequadas**, o **desejo** de **controlar** a **doença**, a aceleração dos sinais e sintomas **da doença** de um **membro da família** e a falta de atenção para a **doença** e suas **seqüelas**. u.c.e.: 992 Classe: 2 x²: 32

Um dos pontos mais importantes e que causam uma maior resistência é a mudança nos hábitos alimentares. A dietoterapia para pacientes com IC visa proporcionar adequada nutrição, prevenir e reduzir o edema, aliviar os sintomas e melhorar a qualidade de vida, e isto pode ser obtido com uma alimentação que leve ao menor trabalho cardíaco com o controle da ingestão de sal e água. Ao mencionar-se a assistência nutricional é de suma importância levar em consideração as condições clínicas, os hábitos alimentares, os aspectos culturais, econômicos e sociais do paciente. É importante aconselhar que o paciente fracione os alimentos em pequenos volumes para facilitar a digestão e as conseqüências negativas da anorexia e dispnéia⁴⁹.

Em pacientes desnutridos em virtude do gasto energético aumentado do coração e dos pulmões, as necessidades nutricionais estão aumentadas. Pacientes descompensados podem apresentar anorexia, paladar alterado, fadiga em virtude do esforço para a mastigação, saciedade precoce e ascite, assim aconselhar o uso de suplementos para estes pacientes pode ser útil para restaurar o estado nutricional⁴⁹.

A restrição hídrica e de sódio é a base para o tratamento da IC e uma das maiores queixas destes pacientes. Como regra, recomenda-se que a ingestão de líquidos não ultrapasse 1500 ml (inclusive a água dos alimentos) e de sal não ultrapasse 2 g nas 24 horas. Deve também ser evitado o sal de adição, encontrado nos alimentos industrializados como enlatados, frios, conservas etc⁴⁹.

Nos períodos de calor intenso, como no verão, o paciente pode apresentar diarreia, vômitos ou febre, neste caso, o consumo de líquidos pode ser aumentado a fim de evitar a desidratação. Neste momento é importante atentar para o aumento do peso corporal, pois a aumento de 1,2 a 2 kg em três dias, pode indicar retenção hídrica⁵⁰, como mostram as u.c.e. à seguir:

A **intervenção de enfermagem monitoração hídrica, definida** como coleta e análise de dados **do** paciente para regular o **equilíbrio hídrico, teve** suas **atividades** amplamente **implementadas**, sendo que **as** mais **prevalentes** foram determinar a história **da** quantidade e **do tipo** de ingestão de **líquidos** e dos **hábitos** de **eliminação, monitorar** o peso, **monitorar** ingestão e **eliminação** e **monitoração** dos **sinais vitais** e **sinais** de **congestão**. u.c.e.: 814 Classe: 2 x²: 23

(...) ainda possibilitam o refinamento das classificações para **as** especialidades. **Neste estudo**, em que se avaliou pacientes com o **diagnóstico de enfermagem risco de desequilíbrio** de **volume** de **líquidos, definido** como **risco** de diminuição ou **aumento** rápido de **líquidos** no **organismo**, condição comum na insuficiência cardíaca, u.c.e.: 1111 Classe: 2 X²: 11

O edema das alças intestinais proveniente da IC pode ser responsável por presença de náuseas e sensação de plenitude gástrica, o que pode ocasionar ingestão menor que as necessidades corporais, levando o indivíduo à desnutrição⁴⁹.

Outro ponto que merece atenção é o estímulo para que o paciente mantenha a sua vacinação em dia. Este tem maior propensão a infecções do trato respiratório, principalmente por pneumococo e *Haemophilus influenza*, que desencadeiam quadro de descompensação⁴⁹.

Atividade física deve ser centrada nos benefícios da atividade aeróbica e não deve ser proibida se este paciente estiver compensado, porém deve ser limitada por sintomas. Pacientes descompensados devem manter-se em repouso para reduzir o trabalho cardíaco⁴⁹.

Como atividade aeróbica, a atividade sexual deve ser encorajada e também limitada por sintomas. É comum a presença de disfunção erétil, podendo ser por problemas psicológicos, limitação física ocasionada pela doença, efeito colateral de medicações e disfunção ocasionada por comorbidades. O enfermeiro deve enfatizar a vida sexual saudável e plena para o bem-estar do paciente, porém as orientações devem abordar técnicas para a redução do esforço físico durante o ato sexual^{49,50}.

Devem também ser abordados os efeitos das medicações sobre a qualidade de vida dos pacientes, e devem ser apresentados de maneira esquemática para melhor compreensão. Este deve ser estimulado à atividades físicas e de lazer, assim como ter convívio social e familiar⁴⁹.

Estes temas devem ser abordados pelo enfermeiro, encorajando às mudanças necessárias no cotidiano, incentivando a aceitação do seu quadro clínico e conseqüentemente este paciente terá consciência do estado da sua saúde, das medidas a serem tomadas com o fim de evitar a exacerbação dos sinais e sintomas de descompensação.

3.4.2. Classe 4: “ A importância do processo de enfermagem relacionado aos pacientes com insuficiência cardíaca”

O resultado da operacionalização da análise Alceste realizada no *corpus*, estabeleceu as seguintes características para esta classe:

- A classe 4 foi constituída por 223 formas reduzidas de palavras plenas, incluindo as variáveis de identificação e caracterização dos textos que compuseram a amostra deste estudo. O campo enunciativo desta classe foi constituído por 163 u.c.e.
- As variáveis associadas a esta classe foram: ano de publicação (*ano), local de origem do texto (*loc) e tipo de texto (*tip). O Alceste selecionou 02 textos (*text_10 e *text_21), do qual foram retiradas as u.c.e. analisadas nesta classe. O quadro 05 que se segue mostra as variáveis associadas a esta classe com seus respectivos dados estatísticos. Destaca-se que estas variáveis foram organizadas segundo o valor de χ^2 que elas apresentaram, em ordem decrescente.

Quadro 5 – Variáveis associadas à classe 4. Niterói, 2012.

Variável	Siglas	χ^2	f corpus	f classe	% classe
Ano de publicação	*ano_2011	114	875	152	17%
Local de publicação	*loc_brasil	287	553	152	27%
Local de publicação	*loc_estados_unidos	24	31	11	35%
Tipo de texto	*tip_tese	287	553	152	27%
Tipo de texto	*tip_arev	55	62	23	37%

A análise estatística do valor de χ^2 das variáveis associadas à classe 4, ou seja, a relação entre o total de u.c.e. produzidas no *corpus* e o total de u.c.e. pertencentes à classe, evidenciou que os discursos que formam seu contexto semântico caracteriza-se por saberes produzidos no Brasil e nos estados Unidos, predominantemente no ano de 2011, originados de um artigo de revisão e de uma tese. Neste contexto, vale ressaltar que esses saberes versaram sobre os diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem associados à IC.

A análise das formas reduzidas juntamente com os conteúdos das u.c.e. possibilitou a identificação dos atributos de definição do campo enunciativo desta classe, que determinaram um novo contexto semântico organizado no grupo temático **“A linguagem padronizada associada ao paciente com insuficiência com insuficiência cardíaca”**.

O débito cardíaco diminuído ocasionado pela IC produz manifestações generalizadas porque o sangue não alcança órgãos e tecidos de maneira eficaz, não ofertando a quantidade de sangue suficiente para os tecidos⁵¹. Na aplicação do PE aos pacientes que apresentam esta síndrome, um dos diagnósticos mais encontrados é o DE Débito Cardíaco Diminuído, onde a intervenção da enfermagem deve ser objetiva, eficaz, tomando ciência das características definidoras, que são os sinais e sintomas que este paciente apresenta⁵².

A SAE vem contribuir na assistência e tratamento precoces e na evolução dos pacientes portadores desta síndrome. Esta se utiliza do PE para prestar o cuidado adequado ao cliente, onde o enfermeiro deixa de diagnosticar problemas pertencentes à área médica e se direciona aos problemas de enfermagem apresentados pelo doente. Este possibilita aplicar na prática profissional a organização do cuidado proposto pelo enfermeiro, otimizando tempo e focando a resolução dos problemas.

No Brasil, o PE foi proposto por Wanda de Aguiar Horta na década de 1970 e se baseou na teoria das necessidades humanas básicas de Maslow, onde havia a proposta de transição de uma enfermagem empírica para uma

enfermagem científica, sistematizando seus conhecimentos. A autora propõe a enfermagem como uma ciência que assiste ao ser humano no atendimento às suas necessidades básicas, sendo assistir o ato de fazer pelo ser humano o que ele não pode fazer por si mesmo, ensiná-lo o auto cuidado, recuperação, manutenção e promoção à saúde em colaboração com outros profissionais, devendo esta ser prestada ao ser humano, e não à sua doença ou desequilíbrio⁵³.

Na atualidade o PE se encontra sistematizado, e vem sendo amplamente utilizado na prática assistencial, como uma ferramenta que o enfermeiro dispõe para aplicar seus conhecimentos técnico-científicos e humanos na assistência aos pacientes⁵⁴.

Um elemento fundamental no uso da SAE é o reconhecimento do papel do enfermeiro como defensor das necessidades do paciente, agindo com profissionalismo e ética. Cabe ao profissional assegurar que as decisões e ações a serem implementadas sejam eticamente determinadas, seguindo alguns princípios, como a autonomia do paciente, onde estes têm o direito de tomar as decisões em seus próprios valores e crenças; os benefícios que as intervenções trarão ao paciente, a confidencialidade que deve sempre ser instaurada entre as partes e a responsabilidade, onde o profissional deve sempre se comprometer com as conseqüências de suas ações⁵⁵.

Atualmente há uma grande necessidade na prática assistencial de capacitação profissional, para que os mesmos consigam que suas ações sejam sistematizadas de forma coerente, principalmente no que diz respeito ao cuidado, seguindo todas as etapas do PE.

Quando o PE é direcionado ao paciente portador de baixo débito cardíaco, as suas etapas devem ser direcionadas aos problemas de saúde que este apresenta, direcionando os resultados de enfermagem para a melhora hemodinâmica, assim como também para a qualidade de vida.

Na primeira fase do processo – a investigação – o enfermeiro deve buscar informações sobre os hábitos de vida do doente, suas principais queixas, aparecimento e duração dos sintomas e como estes ocorrem e seus

anteriores. O exame físico detecta evidências que determinam o quadro clínico apresentado pelo doente e deve ser realizado em duas fases, a primeira de maneira geral, e uma segunda fase focando o aparelho cardiovascular, incluindo inspeção, palpação e ausculta e assim identificando comprometimento físico do paciente e a intensidade dos cuidados a serem prestados⁸.

Na segunda fase do processo – diagnóstico de enfermagem – o profissional analisa os achados do exame físico. O diagnóstico deve ser composto por título, características definidoras e fatores relacionados e tem como proposta identificar os problemas de enfermagem apresentados pelo doente, onde a partir dele o enfermeiro pode aplicar intervenções em busca de resultados. Atualmente o diagnóstico mais utilizado em todo o mundo é o da NANDA-I⁸.

A terceira fase do processo – planejamento – consiste na elaboração de ações assistenciais para se alcançarem resultados em relação ao DE. Este plano direciona o cuidado ao paciente e promove a comunicação entre os profissionais, e assim, o enfermeiro pode priorizar os problemas que o paciente apresenta e intervir de forma mais direta⁵⁶.

A quarta etapa do processo - implementação – tem como objetivo colocar em prática o planejamento dos resultados. Neste momento é necessário que o enfermeiro possua habilidade técnica para que durante o procedimento possa haver uma relação de confiança entre o paciente e o profissional, devendo sempre resultar em benefício para o paciente⁵⁷.

A quinta e última etapa do processo - avaliação – consiste em acompanhar as respostas do paciente aos cuidados prescritos e implementados na observação direta da resposta do mesmo à terapia proposta. Essa avaliação deve ser realizada diariamente, no momento do exame físico⁸.

Os resultados esperados são muito importantes na fase do planejamento, pois avaliam se os DE foram solucionados e verificam se as

prescrições foram eficazes, tornando-se um indicador do sucesso do plano estabelecido⁵⁶.

Neste cenário, os cuidados prestados ao doente tende a refletir a qualidade da assistência prestada e quais benefícios às intervenções estão trazendo à saúde do paciente. Alguns fatores podem influenciar a obtenção dos resultados como a idade, estado funcional e psicológico, os fatores psicológicos e culturais e os recursos, devendo estes serem avaliados pelo enfermeiro.

Os diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, possibilitam unificar a linguagem entre os profissionais de enfermagem, facilitando desta forma a comunicação. Neste prisma, vale ressaltar a sua importância relacionada ao julgamento clínico do profissional, com o objetivo de alcançar resultados implementando intervenções.

O paciente portador de IC tem grande risco de apresentar descompensação do quadro clínico, podendo assim ocasionar em visitas às emergências. Neste sentido, é de extrema importância que o profissional de enfermagem utilize o julgamento clínico, aplicando os diagnósticos de enfermagem relacionados à sintomatologia causada pela IC, tendo como metas resultados e assim, aplicando às intervenções corretas.

Sendo assim, a utilização da linguagem padronizada, documenta as intervenções aplicadas e o resultado esperado, possibilitando ao enfermeiro dar continuidade às atividades programadas por outras equipes.

Desta forma, o quadro 6 apresenta as palavras plenas e formas reduzidas que definiram a classificação deste grupo temático, podendo destacar: resultados_de_enfer; intervenções_de_enfer; diagnósticos_de_enf; classific+; taxonom+; ligações; processo de enferma; aplicabilidade; consenso; efetividade+, entre outras. Elas foram organizadas e ordenadas no grupo temático segundo os valores de x^2 , em ordem decrescente.

Quadro 6 – Distribuição das Formas Reduzidas e Palavras Plenas do Grupo Temático: “Os mais freqüentes diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem dos portadores de Insuficiência Cardíaca”. Niterói,2012.

Forma Reduzida	X2	f corpus	f classe	% classe	Palavras Plenas ou Contexto Semântico
Resultados_de_enfer	393	98	66	67%	Resultados de enfermagem
Intervencoes_de_enf	367	124	73	59%	Intervenções de enfermagem
Classificac+	224	30	27	90%	Classificação, classificações, classificada, classificado, classificados
Diagnosticos_de_enf	206	68	41	60%	Diagnósticos de enfermagem
Classific+	168	54	33	61%	Classificação, classificações, classificada, classificado, classificados
Enferm+	166	153	60	39%	Enfermagem, enfermeiro, enfermeira, enfermeiros, enfermeiras
Taxonom+	141	15	15	100%	Taxonomia, taxonomias, taxonômica
Ligacoes	111	16	14	88%	Ligações
Estudos	101	110	41	37%	Estudos
Pratic+	99	86	35	41%	Prática, práticas, praticar, praticabilidade
Efetividade+	94	16	13	81%	Efetividade, efetividades
Etapa+	83	11	10	91%	Etapa, etapas
Aplicabilidade	74	10	9	90%	Aplicabilidade
Processo_de_enferma	66	11	9	82%	Processo de enfermagem
Avali+	61	158	43	27%	Avaliação, avaliações, avaliada, avalia, avaliado, avaliados, avaliava, avaliem, avaliando
Utilizadas	61	14	10	71%	Utilizadas
Lig+	59	12	9	75%	Ligação, ligações, ligadas
Ambient+	56	45	19	42%	Ambiente, ambientes
Descritivo+	55	8	7	88%	Descritivo, descritivos
Cenario+	51	22	12	55%	Cenario
Possibilidade+	51	16	10	63%	Possibilidade, possibilidades
Consenso	45	24	12	50%	Consenso
Possibilit+	45	12	8	67%	Possibilita, possibilitam, possibilitando, possibilitaram, possibilitará

Literatura	40	26	12	46%	Literatura
Cientif+	39	8	6	75%	Científico, científica, científicos, científicas
Fenomeno+	39	8	6	75%	Fenômeno, fenômenos
Remet+	37	4	4	100%	Remete, remetem
Incipiente+	37	6	5	83%	Incipiente, incipientes
Determinados	37	6	5	83%	Determinados
Investigacoes	37	6	5	83%	Investigações
Julgamento+	36	14	8	57%	Julgamento, julgamentos

A IC é reconhecida como o mais crescente problema de saúde pública em todo o mundo. No Brasil, é a principal causa de internação de pessoas com mais de sessenta e cinco anos de idade, o que resulta em enorme gasto para o SUS¹.

Alguns fatores podem ser reconhecidos como causadores de readmissões hospitalares como a baixa adesão ao tratamento farmacológico e não-farmacológico; aparecimento de uma nova anemia; hiponatremia persistente; comorbidades; idade; custo do tratamento; história de hospitalização; fatores sociais e econômicos relacionados à pobreza⁵⁸.

Atualmente a atenção primária de saúde não absorve estes pacientes com programas educacionais para a prevenção da descompensação e estes ainda são tratados dentro das instituições de saúde. A enfermagem deve pautar a sua prática voltada para este paciente no PE, que é a essência da prática assistencial. O PE é uma forma sistemática e dinâmica de prestar cuidados de forma humanizada, dirigido à resultados. Este é um modelo metodológico que nos possibilita identificar, compreender, descrever, explicar e/ou prever as necessidades humanas dos indivíduos, famílias e coletividades, em face de eventos do ciclo vital ou de problemas de saúde reais ou potenciais, e determinar que aspectos dessas necessidades exigem uma intervenção profissional de enfermagem^{55,59}.

A implementação do PE demanda habilidades e capacidades cognitivas, psicomotoras e afetivas, que ajudam a observar um fenômeno e o seu significado. Este é sistemático e tem como objetivo maximizar a eficiência e

obter resultados; é humanizado por levar em conta os interesses e desejos do paciente e; dirigido a resultados, pois suas etapas (investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação) são planejadas para manter o foco na determinação da obtenção dos melhores resultados, de forma mais eficiente⁵⁹.

O PE utiliza como ferramenta as classificações de enfermagem, que são um movimento relativamente recente e desafiador. Estas classificações são entendidas como instrumentos para a prática clínica do enfermeiro direcionados ao cuidado, já que fornecem conceitos e definições claras do fenômeno de interesse. Estas favorecem o uso das linguagens padronizadas, entendidas como os diagnósticos, as intervenções e os resultados de enfermagem^{60,61}, como mostram as u.c.e. abaixo:

(...) as **classificações permitem avaliar a efetividade das** intervenções para os **diagnósticos estabelecidos** mediante a **mensuração dos resultados**. Mas para isso e preciso **realizar** uma **seleção dos elementos**, considerando os mais **adequados** a cada **cenário**, contando com a expertise de quem conhece as **classificações** e o **cenário clínico** onde serão aplicadas. u.c.e: 1020 Classe: 4 x²: 65

O **uso de forma** conjunta com **diagnósticos, intervenções e resultados qualifica** o **processo de enfermagem**, melhorando a comunicação da equipe e **possibilitando** a **avaliação** da **eficácia dos** cuidados implementados **aos** pacientes. u.c.e.: 773 Classe: 4 x²: 52

(...) desta **forma, estudos** que **utilizem** os **resultados de enfermagem** na **prática clínica** são de extrema **importância**, pois possibilitarão elucidar dúvidas quanto a sua **aplicabilidade**. **Pesquisas** de **avaliação dos** pacientes, por **meio** da **classificação dos** resultados de enfermagem podem demonstrar a qualidade e a **eficiência** da **prática de enfermagem**, porém essas medidas precisam ser **válidas** e confiáveis. u.c.e: 754 Classe: 4 x²: 45

Atualmente, as classificações mais utilizadas, tanto no Brasil como no cenário internacional, são os diagnósticos de enfermagem da *North American Nursing Diagnosis Association International* (NANDA-I), os resultados de enfermagem da *Nursing Outcomes Classification* (NOC) e as intervenções de enfermagem da *Nursing Intervention Classification* (NIC)⁶⁰.

Os DE pautam as decisões do enfermeiro em um processo de pensamento crítico e raciocínio clínico. Com a utilização dos diagnósticos, os enfermeiros passaram a ser, além de cuidadores, diagnosticadores. Atualmente a taxonomia II da NANDA-I está estruturada em três níveis: domínios, classes e diagnósticos de enfermagem. Domínio é a esfera da

atividade, estudo ou interesse; classe é a subdivisão de um grupo maior, uma divisão de pessoas ou coisas por qualidade, classificação ou grau. Os DE são compostos por título, definição, fator relacionado e características definidoras. Sua última edição traduzida para o português contém 13 domínios, 47 classes e 201 diagnósticos de enfermagem⁵².

A NIC foi desenvolvida por um grupo de pesquisadores da Universidade de Iowa em 1987, publicada pela primeira vez em 1992 e traduzida ao português em 2004, em sua terceira edição. A NIC apresenta como foco o enfermeiro, ou seja, as atividades profissionais que auxiliam o paciente a atingir as metas desejadas. Esta classificação abrange os aspectos fisiológicos e psicossociais do ser humano, podendo ser utilizada em todos os locais da prática da enfermagem guiando as intervenções⁶².

Intervenção pode ser definida como “qualquer tratamento baseado no julgamento e no conhecimento clínico realizado por um enfermeiro para melhorar os resultados do paciente”⁶².

As intervenções incluem cuidados diretos e indiretos. O cuidado direto é o tratamento realizado por meio de interação com o paciente e inclui ações de enfermagem nos aspectos fisiológico e psicossocial, e também ações de práticas, de apoio e aconselhamento para a vida. O cuidado indireto é um tratamento realizado à distância, como as ações voltadas ao gerenciamento do ambiente do cuidado⁶³.

O cuidado realizado pelo enfermeiro deve pautar-se em raciocínio clínico, baseando-se no diagnóstico de enfermagem. Este cuidado se fundamenta nos preceitos científicos e é realizado em benefício do paciente⁶², onde existe a preocupação com a obtenção de resultados.

Os resultados mais comumente utilizados estão pautados na NOC, que é uma taxonomia complementar a NANDA-I e da NIC e nela constam os resultados de enfermagem esperados para o paciente. Esta tem o objetivo de verificar as mudanças apresentadas pelo paciente após as intervenções recebidas e determina a sua condição de saúde¹². Esta surgiu pela necessidade de avaliação das intervenções implementadas.

A NOC foi desenvolvida por pesquisadores da Universidade de Iowa e teve a sua primeira versão em 1997. Em 2000 teve a sua primeira publicação no Brasil, com a tradução da segunda edição. Atualmente apresenta sete domínios, com 31 classes e 385 resultados. Cada resultado é composto por título, definição, código numérico e lista de indicadores com escala Likert com cinco pontos para avaliação, sendo a pontuação (1) a condição menos desejável e a (5) a mais desejável¹².

Esta classificação conceitua resultado como “estado, comportamento ou percepção de um indivíduo, família ou comunidade que podem ser medidos ao longo das intervenções de enfermagem”¹².

Os resultados da NOC demonstram o estado real do paciente naquele momento, podendo também ser utilizado como meta. Estes fornecem a avaliação da progressão do estado do indivíduo, mesmo quando o que foi planejado não foi alcançado. Também possibilita que essas metas sejam individualizadas, o que permite a adequação no processo decisório na seleção das intervenções e avaliação da eficiência destas para cada paciente¹².

Existe a necessidade de estudos clínicos que utilizem a classificação dos resultados de enfermagem, já que os enfermeiros estão diagnosticando e prescrevendo tratamentos, por isso a etapa de avaliação é imprescindível⁶³.

Assim, a ligação entre estas três taxonomias (NANDA-I – NIC – NOC), possibilita a elaboração de um plano de cuidados individualizado, totalmente voltado para a necessidade e o real estado de cada paciente. Nos casos dos pacientes com IC crônica, este plano de cuidados deve objetivar o controle dos sinais e sintomas de descompensação, evitando desta forma readmissões hospitalares.

Um estudo publicado em 2011⁶⁴, realizado nos Estados Unidos, comparou os mais freqüentes diagnósticos, intervenções e resultados aplicáveis aos pacientes com IC. Concluiu-se que nos três hospitais onde foi realizada a pesquisa, os DE mais freqüentemente encontrados neste pacientes são débito cardíaco diminuído; intolerância à atividade; conhecimento deficiente; risco para quedas; excesso do volume de líquidos; regime

terapêutico ineficaz; nutrição desequilibrada: maior do que as necessidades corporais e padrão respiratório ineficaz.

As intervenções mais freqüentes foram limitadas à gestão da dor e vigilância da pele, porém intervenções como oxigenoterapia, redução da ansiedade e terapia gastrointestinal, e na população idosa a prevenção de quedas merecem especial atenção⁶⁴.

O resultado de enfermagem mais adequado para os pacientes com IC é a Eficácia da Bomba Cardíaca, pois traz em seus indicadores a sintomatologia clássica desta síndrome em escala Likert, possibilitando desta forma avaliar a evolução do quadro do paciente⁶⁴.

Este resultado deve estar pautado no conhecimento científico e em evidências científicas para a promoção da segurança do paciente com o objetivo de sustentar as relações do profissional no sistema de saúde, assim como demonstrar o impacto dessas ações.

A prática baseada em evidências (PBE) pode ser entendida como uma abordagem para o cuidado clínico e para o ensino e se fundamenta no conhecimento e na qualidade da evidência. Esta promove qualidade nos serviços de saúde e diminuição dos custos e emerge da necessidade de pesquisas que comprovem a efetividade das intervenções atuais, tornando-as mais confiáveis, já que a tomada de decisão dos enfermeiros devem ser pautadas em princípios científicos^{65,66}.

Desta forma, a PBE contribui estabelecendo um cuidado de qualidade, pois exige identificar as principais necessidades do paciente e assim planejar um cuidado individualizado.

Esta teve sua origem na constatação que as informações não chegavam atualizadas de todo o mundo de maneira confiável e surgiu da necessidade de preencher esta lacuna de conhecimento entre a teoria (pesquisa) e a prática. A enfermagem se baseou na origem da medicina baseada em evidência exigindo que a tomada de decisão do enfermeiro fosse pautada em princípios científicos

e que a mesma tivesse a capacidade de sustentar as decisões clínicas de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem⁶⁷.

Atualmente a prática profissional demonstra que as ações pautadas em princípios científicos juntamente com a capacidade profissional induzem a um menor número de erros a serem cometidos.

Existe uma estimativa, que nos Estados Unidos da América 100 pessoas morrem diariamente devido à erros cometidos durante a assistência à saúde, já sendo considerada a oitava causa de morte neste país. Acredita-se que jamais se extinguirá o erro por ser esta uma característica do ser humano, porém, se buscar pautar a prática clínica aos princípios científicos, o ambiente se torna mais propício a acerto, sendo assim, a assistência à saúde se torna uma das mais difíceis e dinâmicas realizadas pelos seres humanos⁶⁸.

Neste contexto, a profissão da enfermagem, por ter a sua essência na assistência aos seres humanos, deve incorporar estratégias que promovam conectar a teoria à prática, centrando as ações no paciente de maneira racional, fundamentando a sua prática, validando seus conhecimentos com a pesquisa.

A PBE envolve cinco etapas e primeiramente podemos citar a necessidade de cuidado que se observa no paciente e esta deve ser convertida em uma pergunta. A segunda etapa consiste na busca bibliográfica da melhor evidência relacionada a esta pergunta. O terceiro passo visa avaliar as evidências encontradas em termos de validade e confiabilidade metodológica e aplicação clínica. As revisões sistemáticas construídas com metanálises são consideradas as melhores evidências sobre determinados assuntos. A quarta etapa compreende a aplicação na prática clínica dos achados mediante análise crítica dos dados encontrados e a última etapa busca a avaliação dos resultados⁶⁹.

Um importante obstáculo para esta prática, é que a pesquisa é vista como uma dificuldade, pois se percebe um distanciamento entre esta e a prática profissional do enfermeiro, pois um grande número de profissionais que

atuam na prática assistencial considera que a pesquisa não faz parte do cotidiano⁷⁰.

Desta forma, a PBE representa um elo entre a pesquisa e a prática profissional, utilizada como ferramenta para capacitação profissional, já que esta permite validar conhecimentos, porém é de extrema importância que os resultados encontrados nas pesquisas retornem à prática assistencial, para que esta seja aplicada no cotidiano do enfermeiro, já que o conhecimento sempre volta para o mundo que o produziu num constante processo de transformação^{70,71}.

3.5. CATEGORIA 3: “O PREPARO FAMILIAR PARA LIDAR COM A DOR DO PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA”.

A categoria 3 é formada pela terceira classe resultante da análise do Alceste, a classe 3, o apoio da família ao lidar com a dor do paciente com insuficiência cardíaca, na qual foram operacionalizadas as estratégias de derivação e síntese do conceito para a busca dos indicadores de resultado para o diagnóstico de IC do campo da medicina para o novo campo Enfermagem Cardiológica. Neste sentido, a estratégia de derivação do conceito possibilitou a definição do fenômeno de interesse deste estudo, indicador do resultado de enfermagem Eficácia da Bomba Cardíaca. No que se refere à estratégia de síntese, sua operacionalização permitiu estabelecer o relacionamento entre os diferentes elementos que constituem o novo objeto, indicador do resultado de enfermagem Eficácia da Bomba Cardíaca em sua dimensão teórica.

As práticas discursivas que formam os saberes desta categoria caracterizam-se por saberes produzidos nos anos de 2009 e 2011, prioritariamente nos Estados Unidos, originados de artigos de revisão e de pesquisa.

3.5.1. Classe 3: “O apoio da família ao lidar com a dor do paciente com insuficiência cardíaca”.

O resultado da operacionalização da análise Alceste realizada no *corpus* de análise estabeleceu as seguintes características para esta classe:

- A classe 3 foi constituída por 286 formas reduzidas de palavras plenas, incluindo as variáveis de identificação e caracterização dos textos que compuseram amostra deste estudo. O campo enunciativo desta classe foi constituído por 279 u.c.e.
- As variáveis associadas à esta classe foram: ano de publicação (*ano), local de origem do texto (*loc) e tipo de texto (*tip). O Alceste selecionou 03 textos (*text_11; *text_12 e *text_14 por ordem decrescente de x^2), dos quais foram retiradas as u.c.e. analisadas nesta classe. O quadro 07 que se segue, mostra as variáveis associadas à esta classe com seus respectivos dados estatísticos. Destaca-se que estas variáveis foram organizadas segundo o valor de x^2 que elas apresentaram, em ordem decrescente.

Quadro 7 – Variáveis associadas à classe 3. Niterói, 2012.

Variável	Siglas	X^2	f corpus	f classe	% classe
Ano de publicação	*ano_2009	649	304	192	63%
Local de publicação	*loc_estados_unidos	400	795	273	34%
Tipo de texto	*tip_arev	296	106	78	74%
Tipo de texto	*tip_ap	125	386	129	33%

A análise estatística do valor de x^2 das variáveis associadas à classe 3, ou seja, a relação entre o total de u.c.e. produzidas no *corpus* e o total de u.c.e. pertencentes à classe, evidenciou que os discursos que formam seu contexto semântico caracteriza-se por saberes produzidos nos anos de 2009 e 2011, predominantemente nos Estados Unidos, oriundos de artigos de revisão e de

pesquisa. Neste sentido, destaca-se que os saberes que formam o campo enunciativo desta classe versam sobre o preparo familiar para lidar com a dor do paciente com IC.

A análise das formas reduzidas juntamente com os conteúdos das u.c.e. possibilitou a identificação dos atributos de definição do campo enunciativo desta classe, que determinaram um novo contexto semântico organizado no grupo temático: **“A importância do apoio familiar para lidar com a dor do paciente”**.

A família é o primeiro núcleo de relações que o ser se encontra inserido, é neste núcleo que o paciente encontra acolhimento, suporte e estímulo para lidar com as limitações impostas pelas doenças, em especial aquelas que causam comprometimento funcional, causando déficit na capacidade de realizar as atividades de vida diária.

Neste contexto, a família que lida com este doente, necessita se readaptar à esta condição, principalmente se este paciente necessitar de cuidados especiais, gerando perda da autonomia e dependência de outros.

Esta condição pode causar danos tanto no aspecto psicológico, onde a pessoa se encontra debilitada e desestrutura todo o ambiente em que está inserida, tanto no aspecto financeiro, pois pelo comprometimento funcional, as atividades laborais estarão comprometidas.

A doença cardíaca causa déficit na atividade do coração como bomba, sendo assim, há desequilíbrio na oferta e demanda de oxigênio para os tecidos podendo resultar em dor, dependência e insegurança, sendo assim, o preparo da família para lidar com este doente se torna um importante aspecto a ser observado.

Neste prisma, o quadro 08 apresentado a seguir mostra as formas reduzidas das palavras plenas que redefiniram a classificação deste grupo temático. Elas foram organizadas e ordenadas no grupo temático segundo os valores de χ^2 , em ordem decrescente.

Quadro 8 – Distribuição das Formas Reduzidas e Palavras Plenas do Grupo Temático: “O Preparo Familiar para lidar com a dor do paciente com Insuficiência Cardíaca”. Niterói, 2012.

Forma reduzida	X2	f corpus	f classe	% classe	Palavras Plenas ou Contexto Semântico
Parceiros	196	61	48	79%	Parceiros
Experiencia+	177	48	40	83%	Experiências
Parceir+	151	29	28	97%	Parceiro, parceira, parceiros, parceiras
Dor	129	100	55	55%	Dor
Esperanca	111	22	21	95%	Esperança
Narra+	107	19	19	100%	Narra, narrador, narrativa, narrativas
Sufrimento	107	19	19	100%	Sufrimento
Tem+	104	25	22	88%	Tem, tempo, temos, temas
Vida+	102	95	49	52%	Vida, vidas, vivida
Quer+	94	19	18	95%	Quer, quero, querem, queria, querer, queríamos, queriam, querido
Enfrent+	94	19	18	95%	Enfrentam, enfrentar, enfrentou, enfrentado, enfrentados, enfrentando, enfrentar, enfrentamento, enfrentavam, enfrentadas
Total+	83	57	33	58%	Total, totalmente
Viv+	78	28	21	75%	Viver, vivendo, vivenciados, vivida, vivem, vivia, vivo, vivos, viviam, viveu, viveria
Espiritu+	78	14	14	100%	Espiritual, espirituais
Senti+	77	16	15	94%	Sentir, sentido, sentida, sentimento, sentimentos, sentiu, senti, sentiram
Fal+	76	20	17	85%	Falta, faltam, falha, falência, falando, falou, falaram, falavam
Sensac+	73	13	13	100%	Sensação, sensações
Incerteza	73	13	13	100%	Incerteza
Diss+	67	24	18	75%	Disse, disso, disseram
Sent+	65	18	15	83%	Sentença
Futur+	62	46	26	57%	Futuro, futuros, futuras
Pendulo	50	9	9	100%	Pêndulo
Coisa+	49	11	10	91%	Coisa, coisas
Isolamento	45	8	8	100%	Isolamento

Sab+	42	19	13	68%	Sabe, sabia
Discut+	39	13	10	77%	Discutir, discutido, discutidos, discutiu, discutiram, discutindo
Confinamento	39	7	7	100%	Confinamento
Teor+	38	50	23	46%	Teorizou, teoricamente, teoria, teorias
Perceb+	38	11	9	82%	Percebido, percebida, perceberam, perceber, percebem, percebidamente, percebem, percebemos, percebe
Desconhecid+	38	11	9	82%	Desconhecido, desconhecida, desconhecidas
Avanc+	36	32	17	53%	Avançado, avançada, avançadas, avanço, avanços
Mort+	34	46	21	46%	Morte, mortes, mortalidade, morto
Escur+	33	6	6	100%	Escuro, escuridão
Pergunt+	32	8	7	88%	Pergunta, perguntas, perguntar, perguntou, perguntado

O quadro 8 apresenta as formas reduzidas deste grupo temático, suas freqüências na classe e no *corpus*, seus percentuais de impacto na classe e seus contextos semânticos. Este quadro exhibe ainda, as formas reduzidas com maior poder de associação estatística (χ^2) à classe que são: *parceir+*; *dor*; *sofrimento*; *vida+*; *enfrent+*; *espiritu+*; *senti+*; *isolamento*; *mort+*. O resgate das u.c.e. a partir das palavras plenas características deste grupo possibilitou o reagrupamento dos enunciados, a exploração de seus conteúdos, a identificação, nomeação e posterior descrição dos temas que compõem a formação discursiva deste grupo. Neste contexto temático, os conteúdos evidenciados versaram sobre o preparo do familiar para lidar com a dor do paciente com IC crônica.

Doença crônica é toda aquela enfermidade de longa duração ou permanência, é uma condição que provoca incapacitação por alterações patológicas, levando à necessidade de cuidados, por vezes somente do próprio doente e por vezes também daqueles que o cercam, o que demanda tempo, dedicação e habilidades, exigindo mudanças no estilo de vida, o que pode ocasionar em sentimentos negativos como medo, angústia e incerteza do futuro^{72,73}.

Com a chegada da doença crônica, o projeto de vida toma um novo curso e uma nova condição é assumida: ser doente⁷³. Este acometimento, além de afetar o paciente, afeta os grupos sociais aos quais o indivíduo está inserido. O primeiro grupo social a sentir as mudanças ocorridas é o grupo familiar, visto que é o primeiro grupo de inserção e relacionamento que se institui. O núcleo familiar é a estrutura básica de grupo de um indivíduo e nele estão determinados papéis e padrões de comportamentos.

O processo de adoecimento pode acarretar desequilíbrio emocional tanto do paciente quanto do seu ambiente familiar, já que pode ser considerado como algo ameaçador e limitante, causando desconforto para o paciente e para todos que o cercam. Causa dúvida, incerteza, insegurança e falta de perspectiva com o futuro como demonstram as u.c.e. abaixo:

(...) quatro **temas** emergiram críticas; **enfrentar** o **desconhecido**, sentindo-se **confinado, vivendo** com medo e **esperança** para o **futuro**. **Enfrentar** o **desconhecido**. Ao **acordar** na **escuridão** da sua cela na **prisão**, o **narrador** em o **poço** e o **pendulo** estende a mão, se esforçando para imaginar onde e que eu poderia ser. u.c.e : 1246 Classe: 3 x²: 69

No entanto, um casal de **parceiros falou** de como a **informação** fornecida a **expectativa** de **vida** e **esperança** foi **útil** no planejamento para o **futuro**. u.c.e.: 1488 Classe: 3 x²: 49

Parceiros estavam preocupados sobre como manter a **esperança** dos pacientes. Um **parceiro falou** sobre o **impacto global emocional** da doença e **disse**; eu me sinto oprimido às vezes. Outro **parceiro discutiu** como seu humor **muda** rapidamente e as emoções são alteradas. u.c.e: 1479 Classe: 3 x²: 43

A cronicidade do adoecimento exige que a família estabeleça uma rotina, pois o membro doente pode vir a necessitar de cuidados. Desta maneira é importante pensar que o início, o curso, a expectativa e o grau de incapacitação da doença, assim como o momento que ocorre tanto na vida dos indivíduos, como na vida dos outros membros, irão determinar o quanto a família terá que se organizar⁷⁴.

Este impacto que o paciente sofre com a doença, também é vivenciado pela sua família, desestabilizando este núcleo, podendo ser acompanhado pelo sentimento de dependência e isolamento de ambas as partes, além de insatisfações e queda na qualidade de vida. Esta deve aprender a conviver com as limitações impostas pela situação.

Em uma família estruturada, a adesão do indivíduo doente com o seu tratamento, tanto o medicamentoso quanto o não-medicamentoso, é acompanhada por todo o núcleo familiar, tendo esta a capacidade de influenciar o comportamento de saúde dos seus membros, e o estado de saúde de cada pessoa também influencia na dinâmica do núcleo familiar⁷⁵.

O auxílio à família de doentes crônicos, e também ao próprio doente, se faz necessário, principalmente quando há dificuldade de adaptação. O processo de adoecer possui, para cada membro família, um significado que deve ser levado em consideração.

A família é o primeiro núcleo social que o ser está inserido, é um grupo de pessoas que convivem e caracteriza a formação e organização de grupos seguindo o princípio descendência ou parentesco, incluindo também laços de afinidade. Esses indivíduos estão ligados por regras, histórias, crenças e afetos e em um processo dinâmico e de adaptação por todo o tempo. As mudanças que ocorrem, desestabiliza este sistema, e assim, a adoecimento de um de seus membros, pode trazer mudanças nos papéis e na estrutura da família, onde a doença é vivenciada por todos os seus membros e o apoio ao indivíduo doente deve vir de todos os seus componentes⁷⁶.

O termo 'família' é derivado do latim 'famulus', que significa 'escravo doméstico'. Este termo foi criado na Roma Antiga para designar um novo grupo social que surgiu entre as tribos latinas, ao serem introduzidas à agricultura e também para a escravidão legalizada. Nesta época predominava uma estrutura familiar patriarcal em que vasto leque de pessoas se encontrava sob a autoridade do mesmo chefe. Nos tempos medievais, as pessoas começaram a estar ligadas por vínculos matrimoniais, formando novas famílias⁷⁷.

A família é considerada como uma unidade primária de cuidado, pois ela é o espaço onde os membros interagem, trocam informações, apóiam-se, buscam e dividem esforços, para amenizar e solucionar os problemas. A interação entre os membros visa garantir a continuidade de um sistema ligado pela efetividade, amenizando o sofrimento causado pelo adoecer⁷⁴.

Os familiares funcionam como um ponto de referência no desenvolvimento do ser humano. Os cuidados prestados pelos familiares são de extrema importância para o enfrentamento da doença⁷⁷.

As limitações impostas pela doença crônica afetam também a família que precisa se adaptar as necessidades do membro doente, para isso utilizando de novos recursos de enfrentamento. Ocorre uma quebra do equilíbrio dinâmico diante de um novo evento.

As mudanças que ocorrerão e as adaptações que essas famílias terão que passar dependem dos recursos que esta dispõe, de como o evento (neste caso a doença) começou e o significado que atribui ao acontecimento. O equilíbrio é buscado através das novas adaptações^{73,78}.

Existem três tipos de reações familiares frente a situação de crise ocasionada pela doença e suas limitações causadas:

- O primeiro tipo é a reação em que o sistema mobiliza-se com o intuito de resgate do seu estado anterior. No caso das doenças crônicas, esse estado anterior não pode ser resgatado exigindo que a família alcance outra identidade. O sistema passa por dificuldades no processo adaptativo, tentando acomodar a enfermidade.
- O segundo tipo de reação é a paralisação frente ao impacto da crise. Essa reação sempre ocorre, sendo superada em maior ou menor tempo.
- O terceiro tipo é quando o paciente tem dificuldades em se adaptar a nova realidade, com suas limitações e perdas, devido o fato de o sistema não abrir espaço para que ele se coloque, conspirando contra tal realidade⁷⁴.

O auxílio psicológico pode ser necessário para identificar os sentimentos da família, buscando uma melhor acomodação do doente.

O curso da doença também pode interferir na adaptação familiar. Quando o curso é progressivo, a doença é constantemente sintomática e as

limitações tendem a aumentar de forma severa. A tensão vivida pela família é crescente assim como os cuidados com o paciente doente. A adaptação é contínua, já que as limitações do paciente ocorrem de forma progressiva podendo levar a família a exaustão⁷⁴.

Quando o curso é constante, depois do aparecimento, a doença tende a se estabilizar. A família se depara com uma situação previsível, não ocorrendo mudanças que mobilizem a família por um longo tempo. As mudanças ocorridas são relativamente permanentes, geralmente não apresentando novas demandas. Já as doenças reincidentes alternam período de estabilidade e baixo nível de sintomatologia, e de crise. São doenças que “assombram” a família por sua inconstância. Momentos de incerteza são sempre vividos com tensão. Já que não se sabe quando será a nova crise⁷⁴.

O grau de incapacitação da doença pode gerar estresse na família. O estresse sofrido vai depender do papel que esse indivíduo tinha com a família antes da enfermidade, de como ela tem que reorganizar suas funções dos recursos disponíveis, da flexibilidade⁷⁴.

É importante que a família, além do paciente, seja amparada nesses momentos de crise, dúvidas e incertezas. Na maioria das vezes a família é o suporte do paciente. Torna-se necessário que todos sejam bem informados das realidades do paciente, do desenvolvimento da enfermidade e dos cuidados necessários para que se possa organizar e elaborar mudanças. A família desamparada ou mal-informada pode não perceber as necessidades do doente e de seus membros, mantendo-se distante, ou tendo atitudes de superproteção, realizando atividade que o próprio paciente poderia estar fazendo sozinho⁷⁴.

No momento da adversidade causada pela doença, é de suma importância o apoio familiar. Apoio familiar pode ser definido como uma dimensão de apoio social que, por sua vez, se refere às informações ou recursos materiais fornecidos por grupos (família, amigos, profissionais de saúde, entre outros), que trazem benefícios emocionais ou comportamentais para quem os recebe. É um processo recíproco e, portanto, proativo, no qual

as duas partes se beneficiam com os efeitos positivos, fortalecendo o sentido de controle sobre a própria vida tanto para quem oferece como para quem o recebe⁷⁹.

O ato de cuidar leva ao estreitamento dos laços afetivos, vínculo, intimidade e reciprocidade, onde as mudanças na vida das pessoas que cuidam, tendem ao afastamento da vida social.

O domicílio é o espaço onde estas pessoas convivem, e no aspecto de um dos seus membros enfermos, serve também como um importante espaço onde o indivíduo doente mantém a sua estabilidade. Assim sendo, a família pode assumir a responsabilidade na prestação da saúde desta pessoa, prevenindo a exacerbação dos sinais e sintomas de descompensação, dando apoio em todas as necessidades deste indivíduo⁸⁰.

Nesta perspectiva, a família deve ser bem orientada quanto ao acometimento do paciente, pois esta é um suporte para as suas necessidades, tanto físicas, quanto emocionais, tendo o papel de acolhimento. Os cuidados prestados pelos familiares são de extrema importância para o enfrentamento da doença⁷⁷.

Quando existe a orientação, a família constrói um suporte no cuidado diário deste paciente, podendo estimular na alimentação, incentivar na aderência do tratamento medicamentoso, na aferição diária de peso, entre outros controles da sintomatologia da doença.

Nesta perspectiva, o apoio familiar se torna o ponto central para o equilíbrio desta pessoa, amenizando a dor, o sofrimento, a ansiedade e a depressão e fazendo com que o paciente fique emocionalmente mais estável, pois a pessoa adoecida vive muitas fantasias a respeito do seu diagnóstico.

Estas fantasias trazidas pela doença crônica são ocasionadas pela incerteza no futuro, insegurança e limitações funcionais causadas pela doença cardíaca.

A doença cardíaca é caracterizada pela falha do coração como bomba, com conseqüente sintomatologia. Dentre estes sinais e sintomas, vale ressaltar

a importância da dor, que é causada pela baixa oferta de oxigênio aos tecidos deste paciente, pois esta limita o paciente em muitas tarefas da vida diária, atividades laborais e de lazer.

A dor pode ser uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão tissular potencial ou real, ou mesmo nenhuma lesão. É uma manifestação subjetiva, variando de um indivíduo para o outro quando submetido a estímulos idênticos⁸¹, como mostram as u.c.e. abaixo.

A **dor física** pode **contribuir** e se envolver com **angústia espiritual, psicológica** e **social**. falha em **reconhecer** a unicidade e a **contribuição** de cada domínio para o **bem-estar** geral do indivíduo pode levar a grande **sofrimento**. u.c.e: 1144 Classe: 3 x² : 46

A **dor** crônica, em contraste, e geralmente vista como sem propósito ou **significado** adaptativo. Embora um entendimento precoce da **dor enfatiza a contribuição** da doença **física**, posteriores **teorias reconhecem** a **inflência** do **psiquismo** na **percepção** da **dor**. u.c.e: 1129 Classe: 3 x²: 39

Na antiguidade, Aristóteles (320 AC), considerou-a como um 'estado da alma, uma antítese ao prazer', alertando para uma sensação desagradável. Strang em 1895 reconheceu a possibilidade de dois tipos de dor, a sensação e a reação. Nos meados do século XIX, passou-se a considerar a existência de uma sensação específica e a possibilidade de uma presença de receptores vias neuronais. Em 1990, Sherrington, relacionou-a a um componente afetivo e um sensitivo, mostrando o caráter duplo do fenômeno. Henry Head também citou a duplicidade com uma sensação primária ou simples acompanhada de um elemento psíquico, caracterizado como reflexo protetor imperativo protetor da reação e Rovenstine a definiu como um 'grito da natureza em sofrimento'⁸².

Na atualidade, há a compreensão que a dor está relacionada com a existência de um estímulo gerador, em uma ou mais partes do corpo, associado com a lesão tecidual real ou potencial sempre desagradável, ruim, aversiva, negativa e que traz sofrimento, e por isso com caráter emocional e com conseqüente reação. Estímulos psicológicos, por si só, são capazes de somatizar-se e produzir estímulo sensitivo e surgir a dor com idêntico sofrimento daquele produzido pela dor orgânica⁸², podendo esta ser dividida em dor aguda e crônica.

A dor aguda tem início súbito e desempenha um papel de alerta, comunicando ao cérebro que algo está errado e desaparece com a remoção do fator causal do problema. Geralmente as causas são inflamatórias, infecciosas ou traumáticas e espera-se que esta desapareça após a remoção do problema. Este tipo de dor tem resposta do Sistema Nervoso Simpático causando taquicardia, hipertensão e alterações nas pupilas. É possível observar vocalização, expressões faciais de dor e posturas de proteção^{81,83}.

A dor crônica é aquela que persiste por um período superior a aquele necessário para a cura de um processo mórbido ou aquela associada a afecções crônicas. Este tipo de dor não tem função de alerta e causa acentuado estresse, sofrimento e queda na qualidade de vida. As respostas físicas, emocionais e comportamentais do quadro algico podem ser atenuadas ou acentuadas por variáveis biológicas, psíquicas e socioculturais do indivíduo e do seu meio^{81,83}.

Existe também um tipo de dor conhecida por 'dor fantasma', e esta é uma seqüela comum da amputação de um membro, podendo ocorrer em até 80% das pessoas que passam por este tipo de tratamento. A sua fisiopatologia ainda não é totalmente conhecida e inclui dor residual no coto da amputação, sensação do membro fantasma e dor neste mesmo membro sendo mais comum em membros superiores e inferiores, mas podendo também ocorrer em outros tecidos⁸⁴.

Esta pode ser estratificada em leve: que é a dor que a pessoa sente, mas não se fixa nela, relatando-a somente como uma sensação de peso ou desconforto. A dor moderada é aquela que incomoda, e agravando-se mais com exercícios físicos e a intensa, que é aquela que aflige a pessoa e causa grande sofrimento⁸¹.

Alguns fatores podem influenciar na percepção deste sintoma como fadiga, depressão, raiva, medo, ansiedade da doença, sentimentos de falta de esperança e amparo e é constituída pelos componentes físico, mental, social e espiritual⁸³.

A dor impõe limitações no estilo de vida das pessoas, principalmente no que diz respeito a mobilidade, paciência, levando à sofrimento e aspectos sensitivos, emocionais e culturais devem ser abordados⁸⁵. Esta leva a queda na qualidade de vida como na redução das atividades profissionais e de lazer, perda de convívio social, insônia, depressão e falta de perspectiva.

Vários são os tratamentos que podem ser feitos para o seu alívio e é de suma importância identificar a causa deste problema. Os tratamentos farmacológicos, com analgésicos, antiinflamatórios e opiáceos, antidepressivos, anticonvulsivantes, corticoesteróides, antiespasmódicos e os não-farmacológicos, como técnicas de calor e frio, massagens, relaxamento, distração, imaginação, terapia cognitivo-comportamental, e terapias alternativas, como ervas medicinais, polivitamínicos, massagens, grupos de auto-ajuda, formulações caseiras, religiosidade e homeopatia^{85,86}.

Tempos atrás a medicina alternativa e complementar era compreendida como intervenções médicas não rotineiramente prescritas por clínicos da medicina ocidental e pouco difundida nas escolas médicas. Esta prática é dividida em cinco grupos sendo: medicina alternativa (medicina tradicional chinesa, acupuntura, medicina naturopática, ayurvédica e homeopatia; terapias com bases biológicas, incluindo fototerapia, suplementação dietética e tratamento biológico individual; terapias energéticas como reike, toque terapêutico e terapia magnética; sistemas baseados em manipulação corporal como quiropraxia, osteopatia e massagens; intervenções corpo-mente como meditação, relaxamento, biofeedback e hipnoterapia⁸⁷.

A enfermagem pode amenizar a dor dando conforto ao paciente, a valorizando e partilhando, explicando o motivo da dor, evitando a manipulação do paciente, oferecendo apoio psicológico, orientando quanto às medidas para tentar amenizar a dor.

A dor no portador de doença crônica traz grandes conseqüências no estilo de vida. Em um estudo realizado no ano de 2006, revelou que mais de 1/3 dos brasileiros julga que a dor crônica compromete as atividades habituais

e mais de 3/4 consideram limitante para atividades recreacionais, relações em família e em sociedade⁸⁸.

Quando nos referimos a dor proveniente do paciente portador de IC, a relacionamos à angina pectoris, por ser esta causada pelo aumento do trabalho cardíaco na tentativa de manter uma boa perfusão aos órgãos e tecidos. Ela geralmente é desencadeada por qualquer condição que aumente o trabalho cardíaco, como por exemplo, exercícios físicos, emoção, frio, refeição copiosa⁸¹.

Se esta se apresenta de uma forma aguda, pode vir acompanhada de náuseas, vômitos e sudorese e pode ser desencadeada pelo esforço físico⁸³. Como a dor do portador de IC pode ser desencadeada pelo esforço, este tem um acentuado grau de limitações nas atividades da vida diária. Tarefas como subir escadas, caminhar, entre outras, ficam limitadas ao aparecimento dos sintomas, como a angina, causando sérias limitações funcionais e déficit nas atividades.

Sendo assim, o preparo dos familiares para lidar com a dor, sendo esta aguda ou crônica, com as limitações funcionais e com os sentimentos negativos devem ser pontos cruciais a serem observados pela equipe multiprofissional, para que estes não tenham acentuada queda na qualidade de vida, nas limitações e na adesão ao tratamento.

3.6. CATEGORIA 4: “AS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS APRESENTADAS PELOS PACIENTES PORTADORES DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CRÔNICA E A GERÊNCIA DO SEU CUIDADO”.

A categoria 4 é formada pela quarta classe resultante da análise Alceste, as classes 1 e 6, as manifestações clínicas apresentadas pelos pacientes portadores de insuficiência cardíaca e a gerência do seu cuidado, na qual foram operacionalizadas as estratégias de derivação e síntese do conceito para a busca dos indicadores de resultado para o diagnóstico de IC do campo de conhecimento da medicina para o novo campo Enfermagem Cardiológica.

Neste sentido, a estratégia de derivação do conceito possibilitou a definição do fenômeno de interesse deste estudo, o indicador do resultado de enfermagem Eficácia da Bomba Cardíaca. No que se refere à estratégia de síntese, sua operacionalização permitiu estabelecer o relacionamento entre os diferentes elementos que constituem o novo objeto, o indicador do resultado de enfermagem Eficácia da Bomba Cardíaca em sua dimensão teórica.

As práticas discursivas que formam os saberes desta categoria caracterizam-se por saberes produzidos nos anos de 2007 a 2011, produzidos no Brasil, Estados Unidos, Dinamarca, Itália e Canadá sendo composto por artigos de revisão, de pesquisa e tese.

3.6.1. Classe 1: “As manifestações clínicas apresentadas pelos pacientes portadores de insuficiência cardíaca”.

O resultado da operacionalização do Alceste realizada no *corpus* de análise estabeleceu as seguintes características para esta classe:

- A classe 1 foi constituída por 242 formas reduzidas de palavras plenas, incluindo as variáveis de identificação e caracterização dos textos que compuseram a amostra deste estudo. O campo enunciativo desta classe foi constituído por 330 u.c.e.
- As variáveis associadas a esta classe foram: ano de publicação (*ano), local de origem do texto (*loc) e tipo de texto (*tip). O Alceste selecionou 20 textos (*text_1; *text_2; *text_3; *text_4; *text_5; *text_6; *text_7; *text_8; *text_9; *text_10; *text_11; *text_12; *text_13; *text_14; *text_15; *text_16; *text_17; *text_18; *text_20 e *text_21 por ordem decrescente de x^2), dos quais foram retiradas as u.c.e. analisadas nesta classe. O quadro 09 que se segue, mostra as variáveis associadas a esta classe com seus respectivos dados estatísticos. Destaca-se que estas variáveis foram organizadas segundo o valor e x^2 que elas apresentaram, em ordem decrescente.

Quadro 9 – Variáveis associadas à classe 1. Niterói, 2012.

Variável	Siglas	X ²	f corpus	f classe	% classe
Ano de publicação	*ano_2007	83	167	83	50%
Ano de publicação	*ano_2008	6	153	46	30%
Local de publicação	*loc_dinamarca	166	66	57	86%
Local de publicação	*loc_canada	64	76	45	59%
Local de publicação	*loc_columbia	57	37	27	73%
Local de publicação	*loc_brasil	9	61	23	38%
Tipo de texto	*tip_ap	39	386	130	34%

A análise estatística do valor de x^2 das variáveis associadas à classe 01, ou seja, a relação entre o total de u.c.e. produzidas no *corpus* e o total de u.c.e. pertencentes à classe, evidenciou que os discursos que formam o seu contexto semântico caracteriza-se por saberes produzidos no Brasil, Estados Unidos e Canadá, originados por artigos de revisão, de pesquisa e tese.

A análise da formas reduzidas juntamente com os conteúdos das u.c.e. possibilitou a identificação dos atributos de definição do campo enunciativo desta classe, que determinaram um novo contexto semântico organizado no grupo temático : **“Os Indicadores do Resultado de Enfermagem da Eficácia da Bomba Cardíaca”**.

Para iniciar uma discussão sobre os indicadores do resultado de enfermagem Eficácia da Bomba Cardíaca, faz-se necessário ressaltar que a profissão da enfermagem tem como meta o cuidado, mas não um cuidado pautado em crenças e costumes, e sim um cuidado pautado em princípios científicos, buscando resultados para o paciente. A classificação de resultados de enfermagem, além de ter resultados como meta do cuidado, indica a

qualidade da assistência. O resultado de enfermagem Eficácia da Bomba Cardíaca explicita os melhores resultados a serem alcançados pelos pacientes portadores de IC a partir das intervenções aplicadas após julgamento clínico do enfermeiro. Esta traz os principais sinais e sintomas observados nestes pacientes e busca, a partir de escala Likert, estratificar o comprometimento de sua função cardíaca. Neste sentido, os indicadores do resultado de enfermagem neste estudo, são entendidos como as manifestações clínicas apresentadas pelos pacientes portadores de IC.

Sendo assim, o quadro 10 apresentado a seguir mostra as formas reduzidas das palavras plenas que definiram a classificação deste grupo temático. Elas foram organizadas e ordenadas no grupo temático segundo os valores de χ^2 , em ordem decrescente.

Quadro 10 – Distribuição das Formas Reduzidas e Palavras Plenas do Grupo Temático: “Os Indicadores do Resultado de Enfermagem Eficácia da Bomba Cardíaca”. Niterói, 2012.

Forma Reduzida	X²	f corpus	f classe	% classe	Palavras Plenas ou Contexto Semântico
Insuficiencia_cardi	151	564	224	40%	Insuficiência cardíaca
Beta_bloqueador+	132	46	42	91%	Beta bloqueador, beta bloqueadores
Ano+	109	79	55	70%	Ano, anos, anormalidades, anormal anormais
Taxa+	108	58	45	78%	Taxa, taxas
Idade+	98	49	39	80%	Idade, idades
Mortalidade	70	35	28	80%	Mortalidade
Reintern+	50	14	14	100%	Reinternação, reinternações, reinternaram, reinternou
Caus+	47	58	34	59%	Causa, causas, causar, causadas, causados, causal, causais
Tratados	47	18	16	89%	Tratados
Dispneia	46	46	29	63%	Dispneia
Sexo	43	19	16	84%	Sexo
Cardiac+	38	43	26	60%	Cardíaca
Cliente+	37	34	22	65%	Cliente, clientes
Elevadas	37	15	13	87%	Elevadas

Prevalencia	37	27	19	70%	Prevalência
Comorbidade+	37	27	19	70%	Comorbidade, comorbidades
Classe_funcional	37	23	17	74%	Classe funcional
Enzima	36	10	10	100%	Enzima
Estados	36	19	15	79%	Estados
Inibidor+	36	10	10	100%	Inibidor, inibidores
Conversora	36	10	10	100%	Conversora
Alt+	35	50	28	56%	Alta, alterar, altas, alterada, alto, altera
Emerg+	35	40	24	60%	Emergência, emergentes, emergências, emergiram, emerge
Fracao_de_ejecao	34	12	11	92%	Fração de ejeção
Pressao_arterial_si	34	12	11	92%	Pressão arterial sistólica
Esquerd+	32	9	9	100%	Esquerdo, esquerda
Angiotensina	32	9	9	100%	Angiotensina

O quadro 10 apresenta as formas reduzidas deste grupo temático, suas freqüências na classe e no *corpus*, seus percentuais de impacto na classe e seus contextos semânticos. Este quadro exhibe ainda as palavras plenas e formas reduzidas que caracterizam esta classe como: insuficiência_cardi; mortalidade; reintern+; dispnéia; prevalência; comorbidade+; classe_funcional; emerg+; fração_de_ejecao; pressão_arterial_si. O resgate das u.c.e. a partir das palavras plenas características deste grupo possibilitou o reagrupamento dos enunciados, a exploração de seus conteúdos, a identificação, nomeação e posterior descrição dos temas que compõem a formação discursiva deste grupo. Neste contexto temático, os conteúdos evidenciados versaram sobre a IC e suas manifestações clínicas.

Esta síndrome é a via final comum da maioria das doenças que acomete o coração, sendo um dos mais importantes desafios clínicos atuais na área da saúde. Ela envolve alterações estruturais, funcionais e biológicas ocasionadas por injúrias e que prejudica a capacidade do ventrículo de encher-se ou ejetar sangue suficiente de acordo com a demanda do corpo, ou permite fazê-lo apenas com as pressões de enchimento aumentadas^{1,4,89}.

Por haver comprometimento cardiovascular, a função de bomba do coração se encontra diminuída, estando este processo diretamente relacionado

ao débito cardíaco, que se refere à quantidade de sangue que o coração bombeia para a aorta a cada minuto e indica o volume sanguíneo que flui na circulação, transportando as substâncias necessárias para os tecidos, sendo considerado o fator mais importante da circulação. Alguns fatores podem alterar o débito cardíaco nas pessoas, podendo ser mencionado o metabolismo corporal, a prática de exercícios, idade e tamanho corporal, sendo este quase que diretamente proporcional à atividade metabólica do organismo⁸⁹.

Quando há descompensação da IC, ocorre uma congestão venosa pulmonar e/ou sistêmica associada ao débito cardíaco diminuído, que pode ocasionar em sinais e sintomas comuns a outras patologias, sendo assim, é de extrema importância que o enfermeiro avalie além do paciente à beira do leito, resultados de exames laboratoriais e complementares, como também realize um histórico com a finalidade de descartar a existência de outras patologias⁹⁰.

Esta síndrome pode ser dividida em direita, esquerda ou congestiva. Quando o lado esquerdo do coração é acometido, origina-se uma congestão venocapilar pulmonar ocasionada pela incapacidade contrátil deste ventrículo. O sangue continua a ser bombeado com o vigor habitual do coração direito, ao passo que não é bombeado adequadamente dos pulmões para a circulação sistêmica. Alguns dos sintomas encontrados estão listados no resultado de enfermagem Eficácia da Bomba Cardíaca como: dispnéia, palpitação e ritmo de galope^{89,90}.

Quando o lado direito do coração é acometido, encontramos sinais de hipertensão venosa sistêmica onde os indicadores do resultado de enfermagem Eficácia da Bomba Cardíaca encontrados são: intolerância à atividade, dor abdominal difusa, taquicardia, ritmo de galope, ingurgitamento de jugular, hepatomegalia, edema e cianose. Se a IC acometer ambos os lados do coração, os sinais são dos dois ventrículos⁹⁰.

Na IC congestiva, há presença de sinais e sintomas resultantes do aumento das pressões de enchimento dos ventrículos e retenção hidrossalina, onde os indicadores encontrados são: distensão da veia jugular, dispnéia aos esforços, hepatomegalia e edema de membros inferiores⁴.

Por haver deficiência do coração como bomba e conseqüentemente suprimento sanguíneo inadequado para vários órgãos, como por exemplo os rins, ocasionando má filtração glomerular, a retenção de líquidos é um dos mais clássicos sintomas de descompensação apresentado pelo paciente com IC. O profissional deve realizar a anamnese buscando as causas de descompensação, como por exemplo hábitos de vida, prática ou não e exercícios, dieta adequada, entre outros, assim como realizar o exame físico detalhado, verificando a ocorrência de distensão de veia jugular, ganho de peso, edema em membros inferiores, dispnéia, tosse e aspecto da mesma, realizar ausculta cardíaca à procura de sopros, 3ª ou 4ª bulhas, ritmo regular e ausculta pulmonar verificando a existência de ruídos adventícios, além da leitura de exames complementares⁹¹.

As manifestações clínicas que estes pacientes apresentam estão associadas à falha deste coração como bomba podendo atingir órgãos distantes pela baixa perfusão tecidual. Dentre as manifestações clínicas apresentadas por este doente, encontra-se a dispnéia, que é um forte indicativo da sobrevida do paciente, como demonstram as u.c.e. abaixo:

A **insuficiência cardíaca** e mais frequentemente **acompanhada** por um **declínio** na **qualidade de vida** e capacidade **funcional**. A **fadiga** e a **dispnéia** são os sinais e sintomas causados pela congestão **pulmonar** e ou **periférica**. Infelizmente, a **insuficiência cardíaca continua** a aumentar sua **incidência** nos **Estados Unidos**.
u.c.e: 373 Classe: 1x²: 29

(...) **sexo**, estado **civil**, educação, tabagismo, **fração de ejeção** de **ventrículo esquerdo** são **causas** de **insuficiência cardíaca** e condições de **comorbidades**. A **maioria** dos pacientes da amostra experimentaram **dispnéia** ou **fadiga** todos os **dias**, e tinham suas atividades diárias limitadas por **causa destes** sinais e sintomas. u.c.e: 235 Classe: 1 x²: 21

(...) monitoramento dos sinais e sintomas de **descompensação**; **dados** da literatura **mostram** que pacientes com **insuficiência cardíaca toleram** alguns sinais e sintomas tais como: **edema**, ganho de peso e **fadiga** por sete **dias**, e **dispnéia** durante tres **dias**, antes de procurar por cuidados médicos, (...) u.c.e: 23 Classe: 1 x²: 14

O cuidado ao paciente portador desta síndrome deve ser realizado com o objetivo de controle desta sintomatologia, de forma que o enfermeiro, por ser o profissional que tem o acompanhamento diário dos pacientes, direcione suas ações para manter a estabilidade clínica deste paciente.

Dentre as ações realizadas pelo enfermeiro, é de suma importância dar ênfase às medidas não-farmacológicas como a observação de retenção hídrica por meio de balanço hídrico e controle de peso; restrição salina; restrição hídrica, além da observação dos sinais vitais e de sintomatologia como edema, dispnéia, intolerância à atividade, distensão da veia jugular, entre outros sinais e sintomas.

Desta forma, o enfermeiro exerce papel fundamental no manejo do paciente com IC, monitorando as necessidades deste paciente e controlando sua sintomatologia, com o fim de evitar quadros de descompensação.

3.6.2. Classe 6: “A gerência do cuidado do portador de doença crônica”.

O resultado da operacionalização do Alceste realizada no *corpus* de análise estabeleceu as seguintes características desta classe:

- A classe 6 foi constituída por 324 formas reduzidas de palavras plenas, incluindo as variáveis de identificação e caracterização dos textos que compuseram a amostra deste estudo. O campo enunciativo desta classe foi constituído por 161 u.c.e.
- As variáveis associadas à esta classe foram: ano de publicação (*ano), local de origem (*loc) e tipo de texto (*tip). O Alceste selecionou 17 textos (*text_1; *text_2; *text_3; *text_4; *text_5; *text_6; *text_7; *text_8; *text_9; *text_10; *text_13; *text_14; *text_15; *text_17; *text_18; *text_20 e *text_21 por ordem decrescente de χ^2), dos quais foram retiradas as u.c.e. analisadas nesta classe. O quadro 11 que se segue mostra as variáveis associadas a esta classe com seus respectivos dados estatísticos. Destaca-se que essas variáveis foram organizadas segundo o valor de χ^2 que elas apresentaram, em ordem decrescente.

Quadro 11 – Variáveis associadas à classe 6. Niterói, 2012.

Variável	Siglas	X ²	f corpus	f classe	% classe
Ano de publicação	*ano_2007	37	167	84	50%
Ano de publicação	*ano_2008	120	153	106	69%
Ano de publicação	*ano_2010	190	123	104	85%
Ano de publicação	*ano_2011	3	62	25	40%
Local de publicação	*loc_canadá	116	86	70	81%
Local de publicação	*loc_italia	81	67	53	79%
Local de publicação	*loc_wyndmoor	53	30	27	90%
Local de publicação	*loc_brasil	32	61	38	62%
Local de publicação	*loc_eua	2	31	13	42%
Tipo de texto	*tip_a_rev	104	56	51	91%

A análise estatística do valor de x^2 das variáveis associadas à classe 6, ou seja, a relação entre o total de u.c.e. produzidas no *corpus* e o total de u.c.e. pertencentes à classe, evidenciou que os discursos que formam seu contexto semântico caracteriza-se por saberes produzidos nos anos 2007 a 2011, nos Estados Unidos, Dinamarca, Canadá e Itália, originados de artigos de revisão, de pesquisa e tese. Neste sentido, destaca-se que os saberes que formam o campo enunciativo desta classe versam sobre a gerência do cuidado do portador de doença crônica.

A análise das formas reduzidas juntamente com os conteúdos das u.c.e. possibilitou a identificação dos atributos de definição do campo enunciativo desta classe, que determinaram um novo contexto semântico organizado no grupo temático **“A importância do auto-cuidado do paciente portador de insuficiência cardíaca”**.

Ao iniciar uma discussão sobre auto-cuidado, é de suma importância entender o que a vida significa para o paciente e o quanto ele se preocupa

consigo mesmo, pois é a partir desta preocupação, que este vai colocar em prática as estratégias para cuidar de sua própria saúde, já que o auto-cuidado visa a manutenção da própria vida. Este deve buscar entender todas as necessidades do indivíduo, tanto corporais quanto mentais, buscando alcançar uma boa qualidade de vida e satisfação e encontrar o ponto de equilíbrio para manutenção da saúde.

Neste sentido, o quadro 12 apresentado a seguir mostra as formas reduzidas das palavras plenas que definiram a classificação deste grupo temático. Elas foram organizadas e ordenadas no grupo temático segundo valores de χ^2 , em ordem decrescente.

Quadro 12 – Distribuição das Formas Reduzidas e Palavras Plenas do Grupo Temático: “A importância do auto-cuidado do paciente portador de Insuficiência Cardíaca”. Niterói, 2012.

Forma Reduzida	X²	f corpus	f classe	% classe	Palavras Plenas ou Contexto Semântico
Programa+	131	88	74	84%	Programa, programas
Dev+	98	91	69	76%	Devido, devem, deve, devidas, devidos, devam, deverá, deveres
Sodio	91	43	41	95%	Sódio
Gestao	90	62	52	84%	Gestão
Equip+	79	55	46	84%	Equipe, equipamento, equipamentos, equipa
Cuidados	73	163	96	59%	Cuidados
Dieta+	53	37	31	84%	Dieta, dietas
Pod+	51	247	121	49%	Poderia, poderiam, pode, poder, poderoso, poderosos, podemos, poderão, podendo, podia
Diar+	48	92	57	62%	Diária, diárias, diariamente, diário
Necessar+	41	60	40	67%	Necessário, necessárias, necessária, necessários, necessariamente
Rur+	38	21	19	90%	Rural, rurais
Agencia+	38	21	19	90%	Agencia, agencias
Identific+	35	84	49	58%	Identificado, identificaram, identificadas, identificou, identificar, identificação, identificam, identificando, identifica

Adesao	34	24	20	83%	Adesão
Melhor+	33	152	76	50%	Melhor, melhores, melhorar, melhoria, melhorados, melhoraram, melhorias, melhoravam, melhorou

As palavras plenas e formas reduzidas que caracterizam esta classe são: programa+; gestão; cuidados; dieta+; necessar+; adesão; melhor+.

A palavra cuidar pode ter diferentes significados dependendo da visão de cada ser humano e pode corresponder a comportamentos e ações cujos objetivos incluem, entre muitos outros, aliviar, confortar, apoiar, ajudar, favorecer, promover, restabelecer, fazer⁹².

O modelo biomédico direciona as ações de enfermagem na atualidade, priorizando a “doença observada” detectada através das alterações na estrutura anátomoquímica do organismo, propondo uma terapêutica impositiva. No caso da doença crônica, a possibilidade do tratamento estar em sintonia com a “doença percebida” se relaciona às ações de saúde realizadas pelos pacientes de acordo com a sua percepção, vontade, possibilidades e modificações que a doença e as formas de tratamento impõem às suas vidas⁹³.

Várias podem ser as vivências associadas a sentimentos de sofrimento no cotidiano das pessoas, e entre estas vivências se encontra a doença, principalmente se esta é caracterizada como crônica, pois pode ser entendida como uma intercorrência estressora, cujo impacto surge a qualquer tempo e vem para permanecer, alterando o processo de ser saudável de indivíduos ou de grupos⁹³.

Assim, se qualquer doença pode causar certo grau de estresse, maiores são os riscos para o portador de uma doença crônica, que é obrigado a incorporá-la em seu processo de viver, requerendo, freqüentemente, mudanças no seu estilo de vida. Isto pode representar agressão, futuro incerto, barreira, desafio, perda da liberdade, do autocontrole, da capacidade física, da beleza, de amizades e de atividades sociais⁹².

A doença crônica, também, pode fazer com que o indivíduo reduza ou perca sua capacidade de autonomia e de auto-cuidado, tornando-o dependente da decisão de outros para sobreviver e ser cuidado, o que pode reforçar sentimentos de sofrimento e de terminalidade, quando que este ainda não havia se deparado com o diagnóstico de doença crônica e de possíveis limitações de vida⁹².

Embora os enfermeiros se autodenominem profissionais do cuidado, sendo reconhecidamente o cuidado a essência da enfermagem, percebe-se que ainda não há clareza suficiente acerca do que é 'cuidado', quais são suas características e suas finalidades. Desse modo, várias concepções têm coexistido e influenciado a prática de enfermagem na atualidade, variando conforme a perspectiva teórico-filosófica e o cenário da prática. Esta coexistência determina práticas, técnicas e formas de intervenção. Neste sentido, uma das teorias de enfermagem mais influentes na enfermagem brasileira é a teoria do autocuidado⁹⁴.

Um dos modelos que pode direcionar as ações assistenciais do enfermeiro e responder as necessidades do portador de doença crônica advém da Teoria do Déficit de Auto-cuidado, de Dorothea Elizabeth Orem. A educação para o auto-cuidado é um processo dinâmico que depende da vontade do cliente e da percepção dele sobre sua condição clínica. Os pacientes julgam se a ação de auto-cuidado é benéfica para eles, e esse julgamento ocorre de acordo com as orientações internas e/ou externas, que, por sua vez, são moldadas pela cultura em que os indivíduos vivem⁹³.

A Teoria do Déficit de Auto-cuidado (TDAC) é definida como a incapacidade da pessoa em cuidar de si própria para atingir saúde e/ou bem-estar, e esse déficit ocorre quando há um desequilíbrio entre a capacidade para o auto-cuidado e a demanda terapêutica de auto-cuidado⁹³.

O enfermeiro tem papel fundamental na promoção, prevenção, recuperação da saúde, sempre considerando o paciente como um ser individual, com características próprias, que podem determinar de forma

decisiva as capacidades funcionais e psicossociais preservadas para serem trabalhadas⁹⁵.

No entanto, para que a enfermagem atue eficientemente neste processo, necessita desenvolver seu trabalho fundamentado no método científico. A investigação científica deve ser guiada pela teoria, que orienta a prática de enfermagem descrevendo, explicando ou prevendo fenômenos⁹⁵.

O auto-cuidado inclui ação, capacidade e exigências terapêuticas. Podemos entendê-lo como a prática de atividades executadas pelos indivíduos, em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar que depende de fatores internos e externos ao indivíduo, como idade, sexo, estado de saúde, fatores socioculturais, padrão de vida, disponibilidade de recursos, entre outros⁹⁶.

Auto-cuidado é a condição que coloca as pessoas cuidando da sua própria saúde. Os conceitos fundamentais dessa teoria são agente de auto-cuidado, demanda de auto-cuidado e *déficit* de auto-cuidado.

Segundo Dorothea Orem, a teoria do déficit do auto-cuidado está constituída por três teorias que também foram criadas por essa autora, que são as seguintes⁹⁷:

- Teoria de auto-cuidado: Refere-se à realização do auto-cuidado em si, assim como explica e justifica por que este é necessário à saúde.
- Teoria do déficit do auto-cuidado: Consiste em explicar quando e por que a enfermagem torna-se necessária e imprescindível à pessoa em relação ao processo cuidativo. É mais abrangente do que a teoria anterior.
- Teoria do sistema de enfermagem: Relaciona-se ao fato da pessoa estar em situação de déficit de auto-cuidado e para compensá-lo, necessita do cuidado de enfermagem. Logo essa

teoria se limita em explicar a maneira pela qual as pessoas são ajudadas pela enfermagem. Os sistemas de enfermagem são: o totalmente compensatório (incapacidade de realizar auto-cuidado); o parcialmente compensatório (ação limitada no auto-cuidado, enfermeiro e indivíduo executam cuidados); e o sistema de apoio-educação (paciente tem potencial para executar e deve aprender a executar ações de auto-cuidado)^{96,97}.

Doenças crônicas como a insuficiência cardíaca alteram o processo de auto cuidado do paciente. Este requer mudanças no estilo de vida, porém a aceitação pode ser difícil e não acontece da noite para o dia e os indivíduos podem reagir de diferentes formas: muitos tendem a ignorar o problema, chegando algumas vezes a se extenuar para provar que o problema não existe, alguns sentem raiva, tornando-se mais tarde apáticos ou deprimidos. Portanto a adoção de um estilo de vida adequado é possibilitado pela implementação das estratégias de educação em saúde, incorporadas à prestação do cuidado de enfermagem. Ressalta-se que este, associado ao conhecimento do enfermeiro, é fundamental para o bem estar do cliente e o diagnóstico precoce de distúrbios cardíacos ou de outros agravos à saúde⁹⁶.

Dorothea Orem apresenta três categorias de requisitos de auto-cuidado - universal, desenvolvimental e desvio de saúde. A demanda ocorre quando o(s) requisito(s) não estão plenamente satisfeito(s)⁹⁶.

- Auto-cuidado universal - Os requisitos de auto-cuidado universal estão associados com os processos de vida e com a manutenção da integridade da estrutura e do funcionamento humano, portanto são comuns aos seres humanos: oxigenação, hidratação, alimentação, eliminação, equilíbrio entre atividade e repouso, equilíbrio entre solidão e interação social, risco à vida e ao bem-estar e promoção da saúde⁹⁶.
- Auto-cuidado desenvolvimental - Os requisitos desenvolvimentais de auto-cuidado são as expressões especializadas de requisitos universais de auto-cuidado que foram particularizadas por processos de desenvolvimento e novos requisitos, derivados de uma condição ou

associados a algum evento, como por exemplo, adaptação a um novo emprego ou às modificações do corpo⁹⁷.

- Auto cuidado por desvio de saúde - O auto-cuidado por desvio de saúde é exigido em condições de doença ou de lesão ou pode resultar das medidas terapêuticas exigidas para diagnosticar ou corrigir a condição, como por exemplo, dor abdominal, uso excessivo de sal, adotar prática regular de exercício físico⁹⁷.

Sendo assim, é importante que o paciente com doença crônica consiga ter o máximo de auto cuidado o que implicará em uma melhor qualidade de vida. Para que isso aconteça deve ter um equilíbrio no tratamento, tanto no medicamentoso quanto no não-medicamentoso para que a doença possa ser manter estabilizada, contribuindo desta maneira para o auto cuidado necessário.

4. INDICADORES DO RESULTADO DE ENFERMAGEM EFICÁCIA DA BOMBA CARDÍACA

Os resultados de enfermagem são expressos como conceitos que são refletem um estado, percepção ou comportamento de um indivíduo medido ao longo do tempo, em resposta às intervenções de enfermagem. Estes resultados permitem ao enfermeiro acompanhar as mudanças no estado do paciente. O verdadeiro resultado é a mudança observada após as intervenções de enfermagem, onde o período de tempo entre as mensurações deve ser estabelecido pelo enfermeiro¹².

O resultado de enfermagem Eficácia da Bomba Cardíaca tem a proposta de buscar os resultados esperados para os pacientes sintomáticos portadores de IC. Com a utilização deste resultado é possível mensurar, através de escala Likert, o estado de saúde dos pacientes ao longo do tempo¹².

Este resultado traz indicadores, que devem ser monitorizados pelos profissionais, com o intuito de observar possíveis mudanças no seu estado de saúde. Estes indicadores são as manifestações clínicas ocasionadas pela

síndrome que devem ser observadas pelo enfermeiro com o intuito de monitorizar seu estado de saúde.

Entre os indicadores encontrados na literatura, as definições teóricas que abordam as manifestações clínicas da IC podemos destacar:

- ✓ **Dispnéia** – o termo diz respeito a uma experiência subjetiva de uma respiração desconfortável, podendo variar em sua intensidade, e é a manifestação clínica mais comum e mais característica da IC. Esta é causada pela hipertensão venosa que por conseqüência apresenta extravasamento do plasma e algumas vezes de hemácias para os alvéolos e bronquíolos, o que dificulta a difusão de oxigênio para a corrente sanguínea causando respiração rápida, curta e superficial; sendo essa respiração característica da IC. Também pode ser causada por rigidez do parênquima pulmonar, redução do conteúdo aéreo e proliferação do tecido conjuntivo entre os alvéolos e ao redor dos bronquíolos, o que contribui para a diminuição da expansibilidade pulmonar, exigindo trabalho exagerado da musculatura respiratória com maior consumo de oxigênio, responsável pela sensação desagradável de opressão torácica^{49,98}. Esta respiração é causada pelo aumento do trabalho dos músculos respiratórios sem aumento do fluxo sanguíneo ocasionado pelo baixo débito cardíaco, o que implica na fadiga da musculatura respiratória. Anormalidades na complacência pulmonar, aumento da resistência das vias aéreas, fadiga dos músculos respiratórios e anemia também são causas comuns⁹⁸.

- ✓ **Dispnéia em repouso** – é o principal sintoma da insuficiência cardíaca esquerda e sua causa é a congestão nos pulmões. A dispnéia em repouso é a sensação de respiração desconfortável sem associação ao esforço físico. Esta é encontrada em pacientes com classe funcional IV, ou seja, pacientes que são incapazes de realizar qualquer atividade física sem desconforto e sintomáticos em repouso. O comprometimento cardíaco nestes pacientes pode ser considerado grave, caracterizado principalmente pela intolerância à atividade,^{63,64,99,100,101,102,103,104,105,106,107,108,109,110,111,112,113}. Com isso,

podemos entender que **dispnéia em repouso é a sensação de respiração desconfortável sem associação ao esforço físico.**

- ✓ **Dispnéia com esforço leve** – a dispnéia com esforço leve é caracterizada pela sensação de desconforto respiratório associada ao exercício, estando diretamente relacionada com a classe funcional que este paciente se encontra^{63,99,100,102,103,104,105,106,114}. Com tudo isso, podemos definir como sendo a **dispnéia com esforço leve é uma sensação de respiração desconfortável, curta, rápida e superficial, relacionada à atividade física.**

- ✓ **Intolerância à atividade** – a intolerância à atividade é o aparecimento de fadiga (que nem sempre está relacionada à dispnéia), fraqueza, dispnéia, taquicardia ou angina e relaciona-se ao comprometimento cardíaco, relacionado principalmente à disfunção ventricular esquerda e ao valor da fração de ejeção. À medida que esta disfunção progride, a intensidade do exercício necessária para induzir a dispnéia tende a diminuir progressivamente, de tal forma que as atividades da vida diária podem se tornar incapacitantes. Normalmente esta sintomatologia se apresenta nas fases tardias da doença e está diretamente relacionada com a classe funcional. Pacientes que apresentam classe funcional IV são incapazes de realizar qualquer atividade física sem desconforto, onde qualquer esforço leva ao desconforto respiratório, podendo a dispnéia estar presente inclusive no repouso¹⁰⁰. De acordo com a NANDA-I (*North American Nursing Diagnosis Association International*), a intolerância à atividade é uma energia fisiológica ou psicológica insuficiente para suportar ou complementar as atividades diárias requeridas ou desejadas, estando relacionada ao desequilíbrio entre a oferta e demanda de oxigênio, ao estilo de vida sedentário, à fraqueza generalizada, à imobilidade e ao repouso no leito. Outras variáveis se relacionam à intolerância à atividade, tais com condicionamento físico prévio, obesidade, anemia, doenças pulmonares e incapacidade ortopédicas^{52,63,64,100,103,109,110,115}. Com isso, entende-se

que **intolerância à atividade é a incapacidade do indivíduo de realização das atividades da vida diária relacionada à dispnéia.**

- ✓ **Fadiga** – consiste em uma sensação de exaustão generalizada, não sendo aliviada pelo sono ou repouso, podendo tornar-se incapacitante, dependendo do seu grau de comprometimento. É uma das mais predominantes características dos pacientes com IC e se associa à baixa oferta de oxigênio aos tecidos ocasionada pelo baixo débito cardíaco e se associa à sensação de peso nas pernas. Relaciona-se ao declínio da atividade de um tecido, órgão ou função e causa uma sensação de exaustão, de energia inadequada. Este sintoma tem um alto grau de complexidade, que escapa a sua definição, aparentemente clara, e por este motivo, é subestimada pelos profissionais de saúde. A fadiga limita de forma significativa as atividades diárias e reduz a capacidade de trabalho. Até a atualidade não existe um consenso sobre a fadiga, sabe-se que esta tem origem multifatorial, é subjetiva, engloba âmbitos físico, emocional e cognitivo do paciente ^{63,99,100,103,104,105,106,107,108,110,111,113}. Com o exposto, entende-se por **fadiga é a sensação de exaustão sem alívio ao repouso que compromete o indivíduo nos âmbitos físico, emocional e cognitivo.**

- ✓ **Edema periférico** – é o acúmulo excessivo de líquidos nos tecidos devido à perturbações dos mecanismos reguladores do metabolismo de água. A causa mais conhecida do edema periférico na IC está relacionada com baixa filtração glomerular ocasionada pelo débito cardíaco diminuído, causando assim a filtração glomerular menor que o normal, diminuindo o débito urinário e causando acúmulo de líquidos nos tecidos. Na IC é um sinal habitualmente ausente nos pacientes que fazem uso correto de diuréticos. Geralmente este edema é simétrico e gravitacional, ocorrendo principalmente na área dos tornozelos nos pacientes ambulatoriais e nos pacientes acamados são mais recorrentes nas áreas sacra, escrotal, com derrames cavitários pleurais ^{63,64,98,102,103,104,105,107,110,112,113,115,116,117}. Podemos entender como **edema**

periférico o acúmulo de líquidos nos tecidos periféricos ocasionado pelo aumento dos fluidos corporais.

- ✓ **Edema pulmonar** - entende-se por edema pulmonar o resultado da transdução de líquidos para os espaços alveolares, como um resultado de um aumento agudo da pressão nos capilares pulmonares secundária à função cardíaca deprimida ou a um aumento do volume intravascular¹⁰². O edema agudo de pulmão se instala quando o fluxo de líquidos do espaço intravascular em direção ao interstício e alvéolos supera o retorno do mesmo ao espaço intravascular e sua drenagem pelos vasos linfáticos. É uma emergência clínica onde o paciente encontra-se extremamente dispneico, cianótico e agitado, evoluindo rapidamente ao torpor, depressão respiratória, apnéia e parada cardiorrespiratória^{63,105,110,112,118}. Com isso, entende-se por **edema pulmonar o acúmulo de líquidos no espaço alveolar, prejudicando a troca gasosa resultando em desconforto respiratório agudo.**

- ✓ **Ascite** – consiste no acúmulo anormal de fluidos na cavidade peritoneal em consequência de um aumento da permeabilidade capilar, aumento da pressão nas veias hepáticas e nas veias que drenam o peritônio e geralmente ocorrem na IC de longa duração. A ascite relacionada à insuficiência cardíaca faz parte de um quadro geral de retenção hídrica reconhecível pela presença de edema de membros inferiores, da região sacra, face e derrames em outras cavidades como pleural e pericárdica^{63,90,98,114}. Com isto, entende-se que **ascite é o acúmulo de líquido na região peritoneal relacionada à retenção hídrica.**

- ✓ **Estase de jugular** – é um reflexo que reflete a pressão atrial direita, e conseqüentemente a pressão atrial esquerda. Deve ser observada com o paciente em decúbito dorsal, com a cabeça elevada a 45^o correspondendo a uma pressão de menos de 10 cm de água. Nos pacientes com insuficiência cardíaca, pode observar-se dilatação expressiva das veias do pescoço. Para a pesquisa deste sinal, o paciente deve evitar a respiração profunda. O quadrante superior do

abdome deve ser comprimido firme, gradual e continuamente por mais de um minuto, enquanto as veias do pescoço são observadas. O sinal será positivo (refluxo hepatojugular) se houver dilatação das veias do pescoço durante ou imediatamente após a compressão, o que representa um abdome congesto e a incapacidade do coração direito de acomodar ou ejetar o retorno venoso aumentado^{63,116}. Com o exposto, entende-se por **estase de jugular o enchimento ou elevação anormal das veias jugulares que refletem a pressão de átrio direito**.

- ✓ **Hepatomegalia** – corresponde ao fígado anormalmente aumentado e ocorre antes do aparecimento de edema nos membros inferiores. É uma manifestação dolorosa pela distensão da cápsula hepática e ocorre pela hipertensão sistêmica na veia cava inferior. À palpação superficial, o fígado apresenta superfície lisa, borda romba, com consistência diminuída ou normal. Ao exame, palpa-se o epigástrio, o hipocôndrio e o flanco direito indo do umbigo ao rebordo costal. Ao encontrar-se a borda do fígado, coordena-se a palpação com os movimentos respiratórios da seguinte forma: durante a expiração a mão do examinador ajusta-se a parede abdominal sem fazer compressão e sem movimentar, a inspiração a mão do examinador, ao mesmo tempo que comprime a parede, é movimentada buscando encontrar a borda hepática, buscando aumento em seu volume^{63,98}. Com isso, entende-se **hepatomegalia como o aumento anormal do fígado por consequência de congestão venosa**.

- ✓ **Tamanho do coração** – o coração é um órgão muscular oco com aproximadamente 12,5 cm de comprimento e 9 cm de diâmetro em seu ponto mais largo. Pesa aproximadamente entre 250 e 300 gramas. Está localizado entre os pulmões no mediastino, atrás e à esquerda no esterno. O aumento do trabalho cardíaco leva à hipertrofia e a dilatação das cavidades e são mecanismos que o coração dispõe para adaptar-se as variadas situações de risco que comprometem a sua função de bomba, porém, quando esta adaptação passa dos limites, tanto a hipertrofia quanto a dilatação, trazem consequências maléficas^{63,105,119}.

Com isso, entende-se que tamanho do coração é a **forma anatomicamente normal, apresentando aproximadamente 12,5 cm de comprimento e 9 cm de diâmetro.**

- ✓ **Náusea** – este sintoma se refere à sensação desagradável associada à necessidade de vomitar, causando extremo desconforto na região epigástrica, mas com repercussão total^{90,104}. Esta sensação pode vir acompanhada de palidez ou rubor, taquicardia e impulso do vômito. Este sintoma varia de intensidade e acompanha ou não o episódio emético, onde pode ser forçado algumas vezes pelo próprio indivíduo na tentativa de obter alívio. Pode ser provocada, por exemplo, por imagens, odores e paladares desagradáveis ou cefaléia. Também pode estar relacionada à estresse, estado emocional. O mau funcionamento da vesícula biliar, responsável por parte do sistema digestório pode ser outro fator associado à náuseas. Na insuficiência cardíaca, a congestão venosa no trato digestório acompanhada de ingurgitação venocapilar do estômago e dos intestinos causa náuseas, vômitos, sensação de plenitude, constipação ou diarreia e dor abdominal^{90,106,120,121}. Com isto, entende-se **por náusea, a sensação desagradável e mal definida na região epigástrica associada à necessidade de vomitar.**

- ✓ **Angina** – a angina de peito é a sensação dolorosa que ocorre quando o fornecimento de sangue é insuficiente para o músculo cardíaco, podendo ocorrer durante o exercício físico, estresse, emoções fortes, frio ou refeições copiosas. Esta se caracteriza por desconforto torácico, na mandíbula, ombros, costas ou braço e é descrita como peso, aperto ou sensação de sufocação na região torácica. Este sintoma pode ser classificado em estável e instável. A angina estável é causada pelo desequilíbrio entre a oferta e a demanda e o consumo de oxigênio pelo miocárdio. O consumo varia de acordo com a frequência cardíaca, contratilidade e tensão da parede do ventrículo esquerdo, enquanto que a oferta é realizada pelos vasos coronarianos. O seu tratamento objetiva aliviar os sintomas, prevenir o infarto agudo do miocárdio, prevenir a morte súbita cardíaca e permitir a melhora progressiva. A angina instável

se caracteriza por dor em repouso, angina severa de início recente e dor de caráter progressivo e sugere risco iminente de evento coronariano agudo^{63,64,102,103,106,107,109,110,112,122}. Na IC a angina está relacionada à baixa perfusão de oxigênio pela falha da bomba cardíaca. Com isso, entende-se que **angina é a sensação de dor retroesternal causada pelo baixo fornecimento de oxigênio ao músculo cardíaco.**

- ✓ **Pressão arterial sistólica** – pressão arterial se refere à força exercida pelo sangue sobre as paredes dos vasos e tem por finalidade promover uma boa perfusão dos tecidos e com isto permitir as trocas metabólicas. A pressão arterial está diretamente relacionada com o trabalho cardíaco e é um parâmetro fisiológico indispensável na investigação diagnóstica. A pressão mais elevada verificada nas artérias durante a fase de sístole do ciclo cardíaco é a pressão arterial sistólica, também chamada de pressão máxima e se observa no aparecimento do primeiro ruído. Esta é determinada pelo volume sistólico ventricular esquerdo, pela velocidade de ejeção do sangue e elasticidade da parede aórtica^{63,81,101,102,104,105,110,112,123,124,125}. Com isso, entende-se que **pressão arterial sistólica é a maior pressão observada na parede do vaso durante a verificação da pressão arterial.**

- ✓ **Pressão arterial diastólica** – a pressão arterial reflete a situação geral da circulação e está associada ao volume de sangue dentro do sistema circulatório. Esta depende da força de contração do ventrículo e da quantidade de sangue lançado pelo coração a cada batimento, é o menor valor encontrado durante a verificação da pressão arterial e se observa no desaparecimento dos ruídos. Esta corresponde ao momento em que o ventrículo esquerdo volta a encher-se para retomar o todo o processo da circulação e a artéria restabelece seu calibre normal, quando o sangue não provoca mais ruídos perceptíveis à ausculta da artéria radial^{63,81,101,102,104,105,110,112,124,126,127}. Com isso, entende-se que **pressão arterial diastólica é a menor pressão observada na parede do vaso durante a verificação da pressão arterial.**

- ✓ **Frequência cardíaca apical** – a frequência cardíaca é determinada pelo número de batimentos cardíacos por unidade de tempo e pode variar de acordo com as necessidades de oxigênio do corpo e é facilmente detectada pela pulsação arterial. Esta representa a capacidade de resposta cronotrópica do coração à estimulação autônoma e regula o número de impulsos que são enviados para o coração em um minuto. A frequência cardíaca irá variar em função das necessidades fisiológicas do indivíduo. O seu parâmetro normal é de 60 a 80 batimentos por minuto. Um dos objetivos da verificação da frequência cardíaca é a determinação do ritmo cardíaco e o número de batimentos por minuto^{63,81,105,109,113,128}. Com isso, entende-se que **frequência cardíaca apical é o número de batimentos cardíacos em um minuto.**

- ✓ **Índice cardíaco** – é um indicador da função de bomba do coração que permite a comparação do débito cardíaco entre diferentes indivíduos, dividindo o valor do débito cardíaco pela superfície corpórea. Este mede quantos litros de sangue é ejetado por minuto por cada metro quadrado de superfície corporal e é o indicador mais importante da função do sistema cardiovascular. O índice cardíaco varia com a idade, onde seu parâmetro normal para os indivíduos de todas as idades, em repouso, varia de 2,5 a 3,75l/min/m²^{109,129}. Com isso, entende-se que **índice cardíaco é o indicador da função de bomba do coração que se utiliza do valor do débito cardíaco dividido pela superfície corpórea.**

- ✓ **Débito de urina** – a produção urinária varia conforme a necessidade de eliminar substâncias dissolvidas na urina e necessidade de preservar água. A filtração e a produção de urina dependem de diversos fatores, dentre os quais o mais importante é a autorregulação do fluxo de sangue através dos glomérulos. O parâmetro da produção diária oscila entre 1 e 1,5 litros/dia. A diurese mínima para manter a adequada eliminação de dejetos metabólicos é de aproximadamente 30 a 49 ml/h para adultos^{63,130}. Com isso, entende-se que **débito de urina é a formação diária de urina apresentada pelo indivíduo.**

- ✓ **Equilíbrio entre a ingestão e eliminação por 24 horas** – o indivíduo necessita manter o equilíbrio entre a ingestão e excreção de água por dia para manter o conteúdo de fluido corporal constante, sendo a água constituinte de 60% do peso corporal. O organismo necessita excretar pelo menos 500ml de água por dia para purificar os fluidos e consumir pelo menos a mesma medida para evitar perdas. A quantidade total de fluidos no organismo é mantida constante pelo equilíbrio homeostático, desequilíbrios podem desencadear desidratação e intoxicação hídrica. A flutuação temporária de água no organismo pode ser observada pelo peso corporal^{63,130}. Com isso, entende-se que **equilíbrio entre a ingestão e a eliminação por 24 horas é o balanço de líquidos ingeridos e excretados pelo indivíduo em 24 horas.**

- ✓ **Pressão venosa central** – é a medida da pressão sanguínea nas grandes veias de retorno ao átrio direito. Representa a capacidade relativa do coração em bombear sangue venoso e refere-se à pré-carga do ventrículo direito, ou seja, a capacidade de enchimento do ventrículo no final da diástole, e pode ser expressa, em mmHg ou H₂O. O ponto zero da coluna de fluido deve ficar posicionado no mesmo nível do átrio direito, sendo a diferença do menisco de fluido, em relação ao ponto zero, a leitura da PVC, que tem como valores normais de 2 a 8 mmHg ou 3 a 11 cm H₂O^{63,131}. Nos pacientes com insuficiência cardíaca relaciona-se à congestão pulmonar. Com isso, entende-se que **pressão venosa central é a medida da capacidade do coração de bombear sangue venoso.**

- ✓ **Sons cardíacos anormais** - os sons cardíacos são originados pelo impacto do sangue em diversas estruturas do miocárdio e dos vasos adjacentes. Essas vibrações são propagadas através da parede torácica e podem ser auscultadas com o estetoscópio. Um ritmo cardíaco normal é constituído pela 1^a bulha, que é um som mais grave e corresponde ao fechamento das valvas mitral e tricúspede, tem duração pouco maior que a 2^a bulha e corresponde ao TUM. A 2^a bulha é originada pelo fechamento das valvas aórtica e pulmonar, seu timbre é mais agudo e

corresponde ao TÁ. Em condições anormais, o coração pode expressar outros ruídos aos quais podem ser auscultados com facilidade. A 3ª bulha é mais comum em crianças com paredes torácicas finas ou em pacientes com insuficiência ventricular esquerda e são vibrações de pequena intensidade e baixa frequência ocorrida no início da diástole e resultantes da interrupção abrupta da distensão ventricular e da desaceleração do sangue do sangue que entra nos ventrículos e ocorre em corações sobrecarregados, onde o volume ventricular é muito grande as paredes ventriculares são distendidas até o ponto onde a distendibilidade diminui abruptamente. A 4ª bulha consiste em oscilações de baixa frequência e é causada pela oscilação do sangue e vibração das paredes cardíacas criadas pela contração atrial. Pode estar relacionada à contração atrial e torna-se bem audível quando há aumento importante da contratilidade e pressão nestas câmaras. Quando estas bulas estão acentuadas, pode haver sons triplos, conhecidos por ritmo de galope, e este compreende três tipos: o ventricular, o atrial e o de soma. Este ritmo é a fusão da 3ª e 4ª bulhas por encurtamento do período diastólico ventricular, porém só é possível reconhecê-los com baixa frequência cardíaca, para que se possa separar estas bulhas. O ritmo de galope mais importante na IC é aquele que aparece na 3ª bulha patológica no início da diástole^{49,63,64,90,114,132}. Com isso, entende-se que **sons cardíacos anormais são sons com ritmo, frequência e bulhas anormais.**

- ✓ **Fração de ejeção cardíaca** – representa a razão entre o volume ejetado pelo ventrículo esquerdo em cada batimento e o volume de sangue existente no ventrículo esquerdo no fim da diástole (volume diastólico final do ventrículo esquerdo). É a fração do volume diastólico final que é ejetado durante a sístole ventricular. Uma fração de ejeção abaixo de 50% poderia indicar uma função ventricular deficiente, sinal que está diretamente relacionado à IC. Este parâmetro pode ser medido por meio de ecocardiograma^{63,64,102,103,105,109,112,132}. Com isso, entende-se que

fração de ejeção cardíaca é o indicador do volume diastólico final do ventrículo esquerdo no fim da diástole.

- ✓ **Pulsos periféricos** – são oscilações rítmicas que ocorrem nas artérias, repetidas a cada ciclo cardíaco, provenientes da pressão que o sangue exerce na parede das artérias a cada batimento cardíaco. O pulso arterial periférico resulta da propagação da "onda de choque" criada na raiz da aorta, devido à sístole do ventrículo esquerdo. A velocidade da onda de pulso é muito superior (cerca de 10 vezes) que a velocidade linear da coluna de sangue^{98,102,105}. Com isso, entende-se que **pulso periférico é a pressão que o sangue exerce nas paredes das artérias a cada batimento cardíaco.**

- ✓ **Arritmia cardíaca** – arritmias se referem à perturbações no ritmo da frequência cardíaca e freqüentemente afeta portadores de cardiopatia. A arritmia varia de intensidade, podendo inclusive levar à morte súbita. Em um quadro de arritmia, a frequência cardíaca pode aumentar, diminuir ou ficar irregular. É causada por um defeito elétrico no coração e o seu principal sintoma é a palpitação. Esta constitui importante causa de morte súbita em pacientes com IC^{4,63,101,103,133}. Com isso, entende-se **que arritmia cardíaca é uma complicação no sistema elétrico do coração resultando e perturbações no ritmo e frequência cardíaca.**

- ✓ **Aumento de peso** – a água constitui de 40 a 70% da massa corporal, representa de 65 a 75% do peso do músculo e cerca de 10% da massa de gordura. A água é indispensável para o bom funcionamento orgânico, transporta nutrientes, como aminoácidos, glicose e vitaminas, sendo o meio em que todas as reações químicas ocorrem. O aumento de peso no indivíduo com IC tem como a principal causa a retenção hídrica, que é caracterizada pelo acúmulo anormal de líquidos nos tecidos. Este líquido deveria ser excretado pela urina, porém com o baixo débito cardíaco e conseqüente baixa perfusão renal, o sistema urinário fica comprometido^{63,100,102,103,108,110,124,134,135}. Com isso, entende-se que **aumento de peso é o acúmulo anormal de líquidos nos tecidos**

corporais levando à maior volume corporal e conseqüente aumento de peso.

Os indicadores diaforese, palidez, cianose e rubor em nenhum momento foram citados na literatura como manifestação clínica da IC, por este motivo, não foram discutidos neste estudo.

5. INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM PARA ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE COM INSUFICIENCIA CARDÍACA

A IC é uma síndrome que se caracteriza pela incapacidade do coração de cumprir a sua função primordial de bombeamento sanguíneo aos tecidos corporais. Este comprometimento gera sintomas relacionados ao baixo débito cardíaco determinado pela diminuição da contratilidade miocárdica⁹⁰.

A proposta de acompanhamento deste paciente é de manter a sua estabilidade clínica por meio de técnicas que visem ajustes e modificações do estilo de vida, aderência às orientações feitas pela equipe de saúde e do quanto este sabe sobre a sua doença e sintomas relacionados.

A avaliação do tratamento e dos hábitos de vida do paciente cardiopata promove significativa mudança do prognóstico, diminuindo o risco de visitas à emergências, internações hospitalares e morbi-mortalidade⁶³.

Como estratégia para o acompanhamento, instrumentos de avaliação podem ser utilizados como meio de coleta de informações e monitoramento, onde tanto os aspectos biológicos quanto os extra-biológicos devem ser considerados. Estes instrumentos evidenciam de maneira clara e precisa o nível de comprometimento de cada paciente e disponibilizam aos profissionais medidas-padrão, onde os objetivos, terapêuticas e mensuração dos resultados podem ser obtidos¹³⁶.

Em relação aos fatores biológicos, destacam-se os indicadores que demonstram alterações hemodinâmicas relacionadas à síndrome. Essas alterações podem ser atribuídas ao próprio coração, à congestão de leitos vasculares ou hipoperfusão de órgãos⁶³, independente da causa, esses indicadores devem ser valorizados pelo enfermeiro para que intervenções sejam aplicadas com o fim de prevenir quadros de descompensação.

Quanto aos fatores extra-biológicos podemos destacar disposição para o auto-cuidado, apoio familiar e adesão ao tratamento. Estes aspectos não devem deixar de ser observados pois fazem parte do ambiente do paciente, e mesmo indiretamente, também se relacionam ao quadro clínico do paciente.

Entre os hábitos de vida destaca-se a alimentação, pois é sabido que muitos pacientes desconhecem a importância de uma dieta pobre em sódio e da restrição hídrica, tendo estas a finalidade de evitar quadros de retenção hídrica e conseqüente edema e congestão. Também deve ser mencionado que estas refeições devem ser fracionadas, já que facilita a digestão e previne quadros de náuseas e dispnéia. Outro ponto importante é a ingestão de álcool, pois este deprime a contratilidade miocárdica e precipita arritmias, sintomas estes que podem ser encontrados no resultado de enfermagem Eficácia da Bomba Cardíaca⁶³.

Um outro ponto importante a ser mencionado são os hábitos sexuais, já que muitos, por medo, preferem evitar relações já que podem causar dispnéia e precordialgia. Esta atividade deve ser limitada pelos sintomas, porém na ausência de fatores que impossibilitem esta prática, o paciente pode manter vida sexual⁶³.

Atividades laborais, de lazer e de convívio social devem ser intensamente estimuladas neste paciente de acordo com a sua tolerância à atividade, pois além de promover interação social previne quadros de ansiedade e depressão.

O comportamento que este paciente apresenta deve ser valorizado pelo enfermeiro. É bastante comum que pacientes portadores de doenças crônicas desenvolvam quadros depressivos ou de ansiedade, geralmente relacionados

ao medo da morte, às limitações funcionais ou a falta de perspectiva para o futuro que a doença impõe¹³⁷.

Emoções negativas como desapego, desesperança devem ser percebidos pelos profissionais para que sejam trabalhados com o fim de evitar maiores comprometimentos. Estas emoções acarretam desapego com o corpo influenciando diretamente na adesão ao tratamento e no auto-cuidado, o que pode acarretar em descompensação da doença.

A família é outro ponto que deve ser valorizado como fator extra-biológico relacionado ao paciente cardiopata. É geralmente na família que se encontra o acolhimento, o suporte e o estímulo que são necessários para lidar com as limitações impostas pela doença⁷⁵.

Nesta perspectiva, a família deve ser readaptada à condição de ter um ser doente em seu núcleo e aprender a lidar com os cuidados específicos que cada doença exige⁷⁶. No caso do portador de IC, é necessário esclarecimento sobre a dietoterapia, adaptar-se às limitações funcionais impostas pelo baixo débito cardíaco assim como saber reconhecer os sinais clínicos de descompensação.

O auto-cuidado deve ser intensamente estimulado no paciente portador de IC, pois é através dele que a estabilidade clínica pode ser alcançada. Dependendo do comprometimento funcional que o paciente apresenta, este pode ser realizado ou não pelo paciente, já que este é a condição que coloca as pessoas cuidando de sua própria saúde e inclui ação, capacidade e exigências terapêuticas⁴⁷.

Este estudo trouxe pela primeira vez uma proposta de avaliação de enfermagem para o paciente com IC. Baseou-se na Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC) e buscou na literatura através de método científico rigoroso, que identificou os principais fatores biológicos e extra-biológicos que influenciam nas manifestações clínicas apresentadas por estes pacientes.

Este instrumento traz como fatores intrínsecos do paciente os indicadores do resultado de enfermagem Eficácia da Bomba Cardíaca e como fatores extrínsecos, a adesão ao tratamento, o apoio familiar e o encorajamento para o auto-cuidado.

Este é composto por 30 itens, sendo 27 indicadores biológicos, destes 25 encontrados no resultado de enfermagem Eficácia da Bomba Cardíaca, e 03 extra-biológicos.

Estes itens estão mensurados em uma escala Likert, variando do 1 à 5. Nos indicadores pressão arterial sistólica, pressão arterial diastólica, frequência cardíaca apical, índice cardíaco, fração de ejeção cardíaca, pulsos periféricos, tamanho do coração, débito de urina, e pressão venosa central, estes indicadores estão mensurados da seguinte forma:

1. Desvio grave da variação normal;
2. Desvio substancial da variação normal;
3. Desvio moderado da variação normal;
4. Desvio leve da variação normal e
5. Nenhum desvio da variação normal.

Estas medidas se referem ao valor dos parâmetros apresentados pelo paciente, onde o desvio grave da variação normal se refere ao limite de agravamento deste parâmetro, oferecendo grande perigo ao paciente. O desvio substancial da variação normal ainda demonstra gravidade, porém com um perigo menos acentuado. O desvio moderado da variação normal indica que os parâmetros seguem fora da normalidade, porém de maneira regular, o desvio leve da variação normal demonstra pequena alteração dos parâmetros fisiológicos, enquanto o nenhum desvio da variação normal, demonstra total nível de normalidade dos parâmetros fisiológicos, o que é o esperado pelo enfermeiro.

Os indicadores estase de jugular, disritmia, angina, edema periférico, edema pulmonar, dispnéia em repouso, dispnéia com esforço leve, aumento de peso, ascite, hepatomegalia, cognição prejudicada, intolerância à atividade,

depressão, ansiedade, auto-cuidado, apoio familiar e adesão ao tratamento estão mensurados da seguinte forma:

1. Grave;
2. Substancial;
3. Moderado;
4. Leve e
5. Nenhum.

Estes indicadores devem ser avaliados com fidedignidade, não devendo ter inferência do examinador, para que os resultados estejam o mais perto possível da realidade do paciente, assim como também deve a capacidade de mensuração e detectar as variações clínicas apresentadas pelo paciente ao longo do tempo, já que se trata de um instrumento de acompanhamento do paciente.

Com isso, instrumentos para acompanhamento de pacientes devem ser incluídos em todos os serviços que adotem a sistematização da assistência da enfermagem.

Nem todos os indicadores apresentam estratificação para todos os níveis de gravidade, sendo assim, neste estudo foi enfatizada a necessidade de avaliação do enfermeiro diante da estratificação apresentada acima.

Nome: _____

Data: _____

Telefone: _____

Prontuário: _____

Pressão Arterial Sistólica

É a maior pressão observada na parede do vaso durante a verificação da pressão arterial

1. Maior ou igual a 180 mmHg
2. De 160 a 179 mmHg
3. De 140 a 159 mmHg
4. De 130 a 139 mmHg
5. Menor que 130 mmHg
6. Menor que 120 mmHg

Técnica – Explicar o procedimento ao paciente e deixá-lo em repouso por pelo menos 5 minutos. Colocá-lo em posição sentada e apoiar o braço na altura do coração com a palma da mão voltada para cima. Posicionar o manguito sobre a artéria radial e inflá-lo rapidamente, 2 a 3 cm acima da fossa cubital. Posicionar o diafragma do estetoscópio sobre a artéria braquial e inflar o manguito rapidamente ultrapassando 20 a 30 mmHg acima do nível estimado da pressão arterial sistólica estimada pela palpação. Determinar a pressão arterial sistólica pela ausculta do primeiro som (Faze I de Korotkoff).¹³⁸

Pressão Arterial Diastólica

É a menor pressão observada na parede do vaso durante a verificação da pressão arterial

1. Maior ou igual a 110 mmHg
2. De 100 a 109 mmHg
3. De 90 a 99 mmHg
4. De 85 a 89 mmHg
5. Menor que 85 mmHg
6. Menor que 80 mmHg

Técnica - Explicar o procedimento ao paciente e deixá-lo em repouso por pelo menos 5 minutos. Colocá-lo em posição sentada e apoiar o braço na altura do coração com a palma da mão voltada para cima. Posicionar o manguito sobre a artéria radial e inflá-lo rapidamente, 2 a 3 cm acima da fossa cubital. Posicionar o diafragma do estetoscópio sobre a artéria braquial e inflar o manguito rapidamente ultrapassando 20 a 30 mmHg acima do nível estimado da pressão arterial sistólica estimada pela palpação. Determinar a pressão arterial diastólica no desaparecimento dos sons (Faze V de Korotkoff).¹³⁸

Frequência Cardíaca Apical

É o número de batimentos cardíacos em um minuto

1. *
2. *
3. *
4. *
5. 70 a 80 bpm.

Técnica – Posicionar o dedo indicador sobre a face palmar do punho direito, próximo ao processo estilóide do rádio, fazendo compressão adequada para perceber com nitidez o pulso, contando as pulsações cardíacas por um minuto.¹³⁹

--

Índice Cardíaco

Indicador da função de bomba do coração que se utiliza do valor do débito cardíaco dividido pela superfície corpórea.	1. * 2. * 3. * 4. * 5. Entre 2,5 – 4l/min/m ²
---	--

Técnica – Quando utilizamos o valor do débito cardíaco e relacionamos este a massa corpórea obtemos o índice cardíaco. Esta medida é mais precisa para avaliar a função dos ventrículos. Os valores hemodinâmicos indexados são calculados utilizando a massa corpórea do paciente calculada através do seu peso e da sua altura.

$$\text{IC} = \frac{\text{DC}}{\text{MC}}$$

Onde:

IC = Índice cardíaco
DC = Débito cardíaco
MC = Massa corpórea¹²⁹.

Fração de Ejeção Cardíaca

Indicador do volume diastólico final do ventrículo esquerdo no fim da diástole.

- 1.
2. *
3. *
4. *
5. Abaixo de 50%
6. Entre 50% e 100%

Técnica – Ecocardiografia¹⁴⁰.

Pulsos Periféricos

Pressão que o sangue exerce na parede das artérias a cada minuto.

1. Ausência de pulso
2. Pulso presente, mas de amplitude reduzida
3. Pulso de amplitude correspondente à média normal
4. Pulso de amplitude moderadamente aumentada
5. Pulso de amplitude muito aumentada

Técnica – Posicionar o dedo indicador sobre a face palmar do punho direito, próximo ao processo estilóide do rádio, fazendo compressão adequada para perceber com nitidez o pulso, contando as pulsações cardíacas por um minuto.¹³⁹

Tamanho do coração

Forma anatomicamente normal, apresentando aproximadamente 12,5cm de comprimento e 9cm de largura.

1. Índice cardiotorácico maior que 0,5.
2. *
3. *
4. *
5. Índice cardiotorácico menor que 0,5.

Técnica – Pela ecocardiografia ou radiografia¹.

Débito de urina

Formação diária de urina apresentada pelo indivíduo.

1. *
2. *
3. Eliminação abaixo de 400 ml/dia.
4. Eliminação entre 800 a 400 ml/dia.
5. Eliminação entre 800 a 2500 ml/dia

Técnica – Medição de urina a cada micção⁹⁰.

Pressão venosa central

Medida da capacidade do coração de bombear sangue venoso.

1. *
2. *
3. *
4. Acima de 8 mmHg
5. Entre 2 e 8 mmHg

Técnica – Conectar equipo de PVC ao frasco de soro fisiológico 0,9% preenchendo todo o sistema, instalar equipo na veia proximal do cateter venosos central, posicionar o paciente em decúbito dorsal e alinhar seus membros. Posicionar o paciente com cabeceira entre 0-30 graus, verificando o ponto zero na linha axilar do paciente, em uma escala graduada¹³¹.

Equilíbrio entre ingestão e eliminação de líquidos nas 24 horas

Balço de líquidos ingeridos e excretados pelo indivíduo em 24 horas.

1. Ausente
2. *
3. *
4. *
5. Presente

Técnica – Balço hídrico¹³⁵.

Estase de jugular

Enchimento ou elevação das veias jugulares que refletem a pressão do átrio direito.

1. *
2. *
3. *
4. Pulsações presentes acima do nível da clavícula
5. Pulsações ou distensão não ultrapassam 1 a 3 cm do nível da clavícula.

Técnica – Deitar o paciente em decúbito dorsal com a cabeça elevada à 45° e comprimir seu abdome de maneira firme por mais de um minuto enquanto se observa as veias jugulares¹³⁹.

Disritmia

Complicação do sistema elétrico do coração resultando em perturbações no ritmo e frequência cardíacas.

1. Ausente
2. *
3. *
4. *
5. Presente

Técnica – A ausculta cardíaca deve ser realizada com o estetoscópio clínico diretamente sobre a pele do paciente no 4° ou 5° espaço intercostal esquerdo na linha hemiclavicular (ictus cordis); no 2° espaço intercostal esquerdo junto ao esterno (área pulmonar); no 2° espaço intercostal direito junto ao esterno (área aórtica); 3° espaço intercostal esquerdo junto ao esterno (área aórtica) e em base do apêndice xifóide ligeiramente para a esquerda (área tricúspede)⁹⁰.

Sons Cardíacos Anormais

Sons com ritmo, frequência e bulhas anormais.

1. Ausente
2. *
3. *
4. *
5. Presente

Técnica – A ausculta cardíaca deve ser realizada com o estetoscópio clínico diretamente sobre a pele do paciente no 4º ou 5º espaço intercostal esquerdo na linha hemiclavicular (ictus cordis); no 2º espaço intercostal esquerdo junto ao esterno (área pulmonar); no 2º espaço intercostal direito junto ao esterno (área aórtica); 3º espaço intercostal esquerdo junto ao esterno (área aórtica) e em base do apêndice xifóide ligeiramente para a esquerda (área tricúspede)⁹⁰.

Angina

Sons com ritmo, frequência e bulhas anormais.

1. *
2. *
3. Angina aguda em repouso (um ou mais episódios nas últimas 48 horas)
4. Angina em repouso sub-aguda (um ou mais episódios em repouso nos últimos 30 dias)
5. Angina de início recente, freqüente ou de grande intensidade.

Técnica – Anamnese¹⁴¹.

Edema Periférico

Acúmulo de líquidos no tecido periférico ocasionado pelo aumento de fluidos corporais.

1. Edema generalizado
2. Edema em raiz de coxa
3. Edema em região maleolar
4. Livre de edemas
5. *

Técnica – Realizar compressão com a polpa dos dedos para verificar a presença ou ausência de cacifo¹³⁹.

Edema Pulmonar

Acúmulo de líquidos no espaço alveolar prejudicando a troca gasosa resultando em esforço respiratório agudo

1. Edema alveolar
2. Edema intersticial
3. Congestão
4. Livre de edemas
5. *

Técnica – Exame físico¹³⁹.

Náusea

Sensação desagradável e mal definida na região epigástrica relacionada à vontade de vomitar

1. Ausente
2. *
3. *
4. *
5. Presente

Técnica – Anamnese.

Fadiga

Sensação de exaustão sem alívio ao repouso que compromete o indivíduo nos âmbitos físico, emocional e cognitivo

1. Ausente
2. *
3. *
4. *
5. Presente

Técnica – Anamnese.

Dispneia em repouso

Sensação de respiração desconfortável sem associação ao esforço

1. *
2. Incapacidade de realizar qualquer atividade física sem esforço.
3. Marcada limitação das atividades físicas.
4. Leve limitação das atividades físicas.
5. Nenhuma limitação das atividades físicas.

Técnica – Anamnese¹⁴².

Dispneia com esforço leve

Sensação de respiração desconfortável, curta, rápida e superficial relacionada à atividade física

1. *
2. Incapacidade de realizar qualquer atividade física sem esforço.
3. Marcada limitação das atividades físicas.
4. Leve limitação das atividades físicas.
5. Nenhuma limitação das atividades físicas.

Técnica – Anamnese¹⁴².

Aumento de Peso

Acúmulo anormal de líquidos nos tecidos corporais levando ao aumento do volume corporal e conseqüente aumento de peso

1. Ausente
2. *
3. *
4. *
5. Presente

Técnica – Verificar o peso diariamente, na mesma balança, ao acordar e após urinar, ainda em jejum¹³⁹.

Ascite

Acúmulo de líquido na região peritoneal relacionado à retenção hídrica

1. *
2. Causa distensão abdominal acentuada.
3. Causa moderada e simétrica distensão abdominal.
4. Detectada somente pela ultrassonografia abdominal.
5. Ausência de ascite.

Técnica – (Sinal de Piparote). Paciente em decúbito dorsal, coloca-se a mão espalmada em um dos flancos e golpeia-se com os dedos da outra mão em lado oposto. Na presença de coleção líquida livre no peritônio, a mão oposta àquela que efetuou o piparote perceberá a transmissão da onda líquida se chocando de encontro à mão espalmada na face lateral do abdome¹⁴³.

Hepatomegalia

Aumento anormal do fígado por consequência de hipertensão venosa

1. *
2. O fígado ultrapassa mais de quatro dedos do rebordo costal e pode chegar à cicatriz umbilical.
3. O fígado ultrapassa em torno de quatro dedos do rebordo costal.
4. O fígado ultrapassa até dois dedos do rebordo costal.
5. O fígado não ultrapassa o rebordo costal.

Técnica - (Palpação em Garra). O ponto de medida é dado pela linha hemiclavicular direita. Com as mãos unidas e dedos flexionados em garra, faz-se um deslizamento deprimindo a parede abdominal da fossa ilíaca direita em direção ao rebordo costal direita, enquanto o paciente respira Profundamente, até sentir o rebordo costal⁸¹.

Cognição Prejudicada

Déficit de atenção/memória relacionado à distúrbios de comportamento associado à condição crônica do paciente

1. Nunca falha ao lembrar de compromissos
2. Raramente falha ao lembrar de compromissos
3. Às vezes falha ao lembrar de compromissos
4. Frequentemente falha ao lembrar de compromissos
5. Diariamente falha ao lembrar de compromissos

Técnica – Anamnese¹⁴⁴.

--

Intolerância à atividade	
Incapacidade do indivíduo de realizar as atividades de vida diária relacionada à dispnéia.	<ol style="list-style-type: none">1. *2. Incapacidade de realizar qualquer atividade física sem esforço.3. Marcada limitação das atividades físicas.4. Leve limitação das atividades físicas.5. Nenhuma limitação das atividades físicas.
Técnica – Entrevista ¹⁴² .	

Ansiedade/Depressão

Comportamento que se caracteriza por tristeza, agitação psicomotora ou desesperança e falta de perspectiva, que interfere diretamente no comportamento do paciente

1. Nunca apresenta sono perturbado, apetite diminuído e concentração e atenção reduzidas
2. Raramente apresenta sono perturbado, apetite diminuído e concentração e atenção reduzidas
3. Às vezes apresenta sono perturbado, apetite diminuído e concentração e atenção reduzidas
4. Frequentemente apresenta sono perturbado, apetite diminuído e concentração e atenção reduzidas
5. Sempre apresenta sono perturbado, apetite diminuído e concentração e atenção reduzidas

Técnica – Entrevista^{122,123,124}.

Auto-cuidado

É o ato do paciente de cuidar de sua própria saúde

1. Nunca monitora sintoma
2. Raramente monitora sintomas
3. Às vezes monitora sintomas
4. Frequentemente monitora sintomas
5. Diariamente monitora sintomas

Técnica – Entrevista¹²⁵.

Apoio familiar

Comportamento de apoio do grupo social que o paciente está inserido

1. Sua família nunca o ajuda quando está de cama, o acompanha ao médico ou conversa sobre seus problemas.
2. Sua família raramente o ajuda quando está de cama, o acompanha ao médico ou conversa sobre seus problemas.
3. Sua família às vezes o ajuda quando está de cama, o acompanha ao médico ou conversa sobre seus problemas.
4. Sua família frequentemente o ajuda quando está de cama, o acompanha ao médico ou conversa sobre seus problemas.
5. Sua família diariamente o ajuda quando está de cama, o acompanha ao médico ou conversa sobre seus problemas.

Técnica – Entrevista¹²⁵.

Adesão ao tratamento	
<p>O comportamento que o paciente tem de cumprir as regras impostas pela doença, tanto no que se refere à medicação quanto ao estilo de vida</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca segue instruções médicas 2. Raramente segue instruções médicas 3. Às vezes segue instruções médicas 4. Frequentemente segue instruções médicas 5. Diariamente segue instruções médicas
<p>Técnica – Entrevista¹²⁶.</p>	

Vale ressaltar que nem todos os indicadores se encontram em Escala Likert com a pontuação de 1 a 5 pois a literatura não respalda tal estratificação, estando desta forma estratificado conforme literatura científica apresenta.

6. CONCLUSÃO

A realização desta revisão de literatura possibilitou identificar a sintomatologia mais frequentemente apresentada pelos pacientes portadores de insuficiência cardíaca e assim priorizar as principais necessidades de cuidado, tanto físicas quanto psicológicas.

Foi abordado neste estudo o referencial metodológico da análise de conceito de Walker & Avant com o propósito de analisar os conceitos já

existentes dessa sintomatologia, elaborar definições operacionais para cada uma delas, assim como também ampliar o conhecimento dos elementos básicos que constituem cada um destes conceitos¹⁸.

Estes estão presentes na Nursing Outcomes Classification – NOC – que lista e define intervenções e atividades de enfermagem e descreve o estado, comportamentos e reações dos pacientes como resposta ao cuidado prestado¹². O resultado de enfermagem sugerido pela NOC para os pacientes com o diagnóstico de enfermagem “Débito Cardíaco Diminuído” é “Eficácia da Bomba Cardíaca”, onde se encontram listadas as sintomatologias encontradas na literatura que são passíveis de intervenções.

Foi elaborado nesta pesquisa um instrumento para monitoramento de pacientes com insuficiência cardíaca com fatores intrínsecos e extrínsecos destes pacientes para que seja possível um acompanhamento do seu estado clínico ao longo do tempo.

Com isso, faz-se necessário que novas pesquisas com os fatores intrínsecos e extrínsecos destes pacientes sejam realizadas para que o cotidiano da prática da enfermagem se torne cada vez mais acurado e práticas cada vez mais direcionadas para as necessidades destes pacientes sejam implementadas.

7. Referências:

1. SBC/DCC: III Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia para o diagnóstico e tratamento da insuficiência cardíaca. Arq. Bras. de Cardiologia, 2009.
2. Tannure MC, Alves M, Sena RR de, Chianca TCM. Perfil Epidemiológico da População Idosa de Belo Horizonte, MG, Brasil. Rev Bras Enferm 2010 set/out; 63(5): 817-22.
3. Veras RP, Ramos LP, Kalache A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. Rev. Saúde Pública 1987; 21 (3): 225-33.
4. Porto CC. Doenças do Coração. Prevenção e Tratamento. 2ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2005.
5. Rabelo ER, Aliti GB, Domingues FB, Rushel KB, Brum AO. O que ensinar aos pacientes com Insuficiência cardíaca e porquê: o papel dos enfermeiros em clínicas de insuficiência cardíaca. Rev Latino-am Enferm. 2007; 15(1):165-70.
6. Barros ALBL. O Trabalho Assistencial do Enfermeiro no Hospital São Paulo da UNIFESP/EPM. São Paulo. Tese [Doutorado em Enfermagem]. Escola Paulista de Medicina; 1998.
7. COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. Decisão nº 358/92009, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência da Enfermagem – SAE – nas instituições brasileiras. DF, 2009.
8. Tannure MC, Pinheiro AM. SAE – Sistematização da Assistência da Enfermagem. Guia Prático. 2ed. – [Reimp.] – Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2011.

9. Lopes JL, Altino D, Silva RCG. Validação de conteúdo das atuais e das novas características definidoras do diagnóstico de enfermagem débito cardíaco diminuído. Acta Paul Enferm 2010;23(6):764-8.
10. Souza V, Zeitoun SS, Barros ALBL. Débito cardíaco diminuído: revisão sistemática das características definidoras. Acta Paul Enferm 2011;24(1):114-9.
11. Johnson M. NANDA, NOC and NIC Linkages. 2ed. St. Louis: Mosby; 2006.
12. Moorhead S, Johnson M, Maas M. Classificação dos resultados de enfermagem (NOC). 4ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
13. Cervo AL. Metodologia Científica. 5ed. São Paulo: PretenceHall; 2002.
14. Christovam BP. Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito. Rio de Janeiro. Tese. [Doutorado em Enfermagem] – Universidade Federal Fluminense; 2009.
15. Carvalho V. Sobre constructos epistemológicos nas ciências – uma contribuição para a enfermagem. Rev Latino-Am Enferm 2003 jul/ago; 11:420-8.
16. Apreda GA. Epistemología y psiquiatria. Alcemón Rev arg clínica de neuropsiquiatria [periódicos de internet]. 2005 oct [acesso em 16 ago 2006]; 13(2). Disponível em http://www.alcemon.com.ar/11//44/02_apreda.htm.
17. Castro JBA. Técnica de enfermagem: abordagem empírica para fundamentar reflexões epistemológicas relativas ao seu conceito. Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2008.
18. Walker LO, Avant KC. Concept Analysis. In: Strategies for theory construction in nursing. 4ed. New Jersey: Pretence Hall; 2005.

19. Bauer MW, Gaskell G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Um manual prático. 7ed. Petrópolis: Vozes; 2008.
20. Paty M. A ciência e as idas e voltas do censo comum. *Scientle Studia* 2003; 1: 2-26.
21. Rodgers BL. Les conceptts, l'analyse et le developpement de la connaissance des soins infirmiers: Le cicle évolutionniste. *Recherche en Sons Infirmiers* 58: 29-34.
22. Rodgers BL. Philosophical foundations of concept development. In: Rodgers BL, Knafk KA. *Concept development in nursing – foundations, techniques and applications*. 2ed. Philadelphia: Saunder; 2000.
23. Mendonça ND. O uso dos conceitos – uma questão de interdisciplinaridade. 4ed. Petrópolis: Vozes; 1994.
24. Broome ME. Integrative literature reviews for development of concepts. In: Rodgers BL, Knafk KA, editors. *Concept development in nursing: Foundations, techniques and applications*. Philadelphia: WB Saunders Company; 2000.
25. Deleuze G, Guattari F. O que é filosofia? 5ed. Rio de Janeiro: Ed 34; 2007.
26. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão Integrativa: métodos de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto* 2008; (17)4: 758-64.
27. Pompeo DA, Rossi LA, Galvão CM. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação do diagnóstico de enfermagem. *Acta Paul Enferm* 2009; 22(4):434-8.
28. Roman AR, Friendler MR. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. *Cogitare enferm* 1998 jul/dez; 3(2); 109-12.]

29. Caldas MAE. Estudos de revisão de literatura: fundamentação, estratégia e metodologia. São Paulo: Hucitec; 1986.
30. Oliveira DC, Gomes AMT, Marques SC. Análise estatística de dados textuais: alguns princípios e uma aplicação no campo da saúde. In: Menin MSS, Shimizu AM (orgs). Experiência e representação social questões teóricas e metodológicas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005.
31. Nascimento ARA, Menandro PRM. Análise lexical e análise de conteúdo: uma proposta de utilização conjugada. Estud. Pesqui. Psicol [online] 2006 dez; 6(2):72-88.
32. Galvão CM, Sawada NO, Rossi LA. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para a sua implementação na enfermagem perioperatória. Rev Latino-Am Enferm 2004 jan/fev 12(1):22-7.
33. Cerchiari EAN. Psicossomática: um estudo histórico e epistemológico. Psicol. Cienc 2000 dez; 20(24). Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932000000400008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 25 out. 2012.
34. Crandell CJ, Chambless DL. The validation of an inventory for measuring depressive thoughts: The Crandell Cognitions Inventory. Behav Res Ther. 1986; 24(4):403-11. [Pubmed: 3741306].
35. Bolander VB. Enfermagem fundamental: abordagem psicofisiológica. Lisboa: Lusodacta; 1998.
36. Albuquerque C, Oliveira C. Saúde e doença: significações e perspectivas em mudança. 2002; 25. Disponível em http://.ipv.pt/millennium25/25_27.htm. Acesso em 16.08.12

37. Gottlieb SS, Khatta M, Friedmann E, Einbinder L, Katzen S, Baker B, et al. The influence of age, gender, and race on the prevalence of depression on hearth failure patients. *J Am Coll Cardiol* 2004 43: 1542-49.
38. Bowling A. What things are important people's lives? A survey of the public's judgements to inform scales of health related quality of life. *Soc Sci Med* 1995; 41:1447-62.
39. Cleary PD, Wilson PD, Fowler FJ. Health related quality of life in HIV infected persons: a conceptual model. In: Dinsdale JE, Baum A, editors. *Quality of life in behavioral medicine research*. New Jersey: Lawrence Erlbau Associates; 1995.
40. Seid EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Pública* 2004 mar/abr 20(2):580-8. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/27.pdf>. Acesso em 18/08/12.
41. Rutledge T, Reis VA, Linke SE, Greenberg BH, Mills PJ. Depression in heart failure: A meta-analytic review of prevalence, intervention effects and associations with a clinical outcomes. *J Am Coll Cardiol* 2006 48: 1527-37.
42. Teixeira ER. O desejo e a necessidade no cuidado com o corpo. Uma perspectiva estética na prática da enfermagem. Rio de Janeiro. Tese [Doutorado em Enfermagem] – Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1998.
43. Rigatelli M, Ferrari S. Psychiatry and psychosomatic medicine are separeted disciplines? *International Congress Deries* 2002 sept;.(1241): 221-7.
44. Teixeira EA. Atitude Transdisciplinar na Psicossomática no Campo da Saúde. In: Teixeira EA. *Psicossomática no cuidado em Saúde. Atitude Transdisciplinar*. São Caetano do Sul: Yendis; 2009.
45. Teixeira ER, Silva JC, Lamas AR, Matos RM. O estilo de vida do cliente com hipertensão arterial e o cuidado com a saúde. *Esc. Anna Nery. R Enferm*

2006 dez; 10(3):378-84. Disponível em www.scielo.br/pdf/ean/v10r3/v10n3. Acesso em 08/08/12.

46. Martins LM, França APD, Kimura M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. Rev Latino-Am Enferm 2006 dez; 4(3). Disponível em www.scielo.br/scielophp?s0104-11691996000300002. Acesso em 02/09/12.

47. Teixeira ER, Figueiredo NMA. O desejo e a necessidade com o corpo. Uma perspectiva na prática da enfermagem. Rio de Janeiro: Ed Uff; 2001.

48. Lessa QCSS, Frossard JM, Queluci GC. Educação de pacientes com insuficiência cardíaca pelo enfermeiro: uma revisão integrativa. R. pesq.: cuid. fundam. [online] 2010 out/dez; 2(ed supl.): 591-5. Disponível em www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/ar. Acesso em 02/09/12.

49. Barreto ACP, Bocchi EA. Insuficiência Cardíaca. São Paulo: Segmento; 2003.

50. McMurray J. Concise guide to management of heart failure. World Health Organization/Council on Geriatric Cardiology Task force on Heart Failure Education; 1997.

51. Ramos JJ. Semiotécnica na observação clínica. São Paulo: Sarvier; 1998.

52. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA. Definições e classificações. 2009 – 2010. Porto Alegre: Artmed; 2010.

53. Horta WA. Processo de Enfermagem. São Paulo: UPE; 1979.

54. Bittar DB, Pereira LV, Lemos RCA. Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente crítico: proposta de instrumento de coleta de dados. Texto & Contexto 2006; 15(4):617-28.

55. Alfaro-LeFreve R. Aplicação do processo de enfermagem. Promoção do cuidado colaborativo. 5ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.
56. Bachion MM. Planejamento, implementação e avaliação da assistência de enfermagem. In: Forum Mineiro de Enfermagem, 3, 2002, Uberlandia. Anais: Uberlandia UU, 2002, p41-9.
57. Souza APMA, Coutinho APOL, Silvia KL, Nóbrega MML, Fontes WD. Implementação da assistência: quarta etapa do processo de enfermagem. In: Nóbrega MML, Sílvia KL. Fundamentos do cuidar em enfermagem. Belo Horizonte: ABEn; 2008/2009.
58. Betihavas V, Davison PM, Newton PJ, Frost AS, Macdonald OS, Steward S. What are the factors in risk prediction models for rehospitalisation for adults with chronic heart failure? Aust Crit Care; 2011.
59. Garcia TR, Nóbrega MML, Carvalho EC. Processo de Enfermagem: aplicação à prática profissional. Esc Anna Nery. Rev Enferm 2009 jan/mar, 13(1): 188-93. Disponível em www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a26. Acesso em 08/09/12
60. Ruthenford MA. Standardized Nursing Language: What does it mean for nursing practice? Online J Issues Nurs 2008; 13(1):1-10.
61. Cruz DALM. Processo de Enfermagem e suas classificações. In: Gaidzinki RR, Soares AVN, Costa Lima AF, Gutierrez BAO, Cruz DALM, Rogenski NMB, et al. Diagnósticos de enfermagem na prática clínica. Porto Alegre: Artmed; 2008.
62. Dochterman JM, Bulechek GM. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). 4 ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
63. Azzolin KO. Efetividade da implementação das intervenções de enfermagem nos resultados esperados de pacientes com insuficiência cardíaca

em cuidado domiciliar. Rio Grande do Sul. Tese [Doutorado em Enfermagem] – Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.

64. Scherb CA, Head BJ, Maas ML, Swanson EA, Moorhead S, Reed D et al. Most frequent nursing diagnoses, most interventions, and nursing-sensitive patients outcomes of hospitalized older adults with heart failure: part 1. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications* 2011 jan/mar; 22(1): 13-22.

65. Galvão CM, Sawada NO, Rossi LA. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. *Rev Latino-Am Enferm* 2002 set/out; 10(5): 690-5.

66. Pedrolo E, Danski MTR, Mingorance P, Lazzari LSM, Méier MJ, Crozeta K. A prática baseada em evidências como ferramenta para a prática profissional do enfermeiro. *Cogitare Enferm* 2009 out/dez; 14(4):760-3.

67. Cruz DALM, Pimenta CAM. Prática baseada em evidências aplicada ao raciocínio diagnóstico. *Rev Latino-Am Enferm*, 2005 mai/jun; 13(3): 415-22.

68. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS editors. *To error is human: building a safer health system*. Washington DC: National Academy Press; 2000.

69. Domenico EBL, Ide CAC. Enfermagem baseada em evidências: princípios e aplicabilidades. *Rev Latino-Am Enferm* 2003 jan/fev; 11(1). Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000100017&lng=pt&nrm=isso.

70. Daher DV, Santo FHE, Esudeiro CL. Cuidar e pesquisar: práticas complementares ou excludentes. *Rev Latino-Am Enferm*, 2002 mar/abr; 10(2):145-50.

71. Maximiniano ACA. *Teoria Geral da Administração: da revolução urbana à revolução digital*. 4. ed. São Paulo: Atlas; 2004.

72. Brito DCS. Cuidando de quem cuida: estudo de caso sobre o cuidador principal de um portador de insuficiência renal crônica. *Psicol. Estud* 2009 jul/set; 14(3). Disponível em www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722009000300022&lang=pt&tlng. Acesso em 13/09/12.
73. Santos SS, Capocci PO. Importância do apoio familiar aos pacientes com esquizofrenia. *Rev Enferm UNISA* 2003 4:13-16.
74. Santos CT, Sebastiani RW. Acompanhamento psicológico à pessoa portadora de doença crônica. São Paulo: Pioneira; 2001.
75. Santos ECB, Zanetti ML, Otero LM, Santos MA. O cuidado sob a ótica do paciente diabético e de seu cuidador. *Rev Latino-Am Enferm* 2005; 13(3), 397-406.
76. Malerbi FEK. Funcionamento familiar e saúde/doença. In: HJ Guilhardi (Org). *Sobre comportamento e cognição*. Santo André: Esetc; 2002.
77. Mantilla L, Renau M, Montserrat M, Joan BAS. *Como ser melhores pais*. Lisboa: Círculo de Leitores, 2002.
78. Melo AT, Alarcão M. Centros de apoio familiar e aconselhamento parental: proposta de um modelo global de organização. *Psicol Soc* 2009 jan/abr; 21(1): 55-64. Disponível em scielo.php?pid=s0102-71822009000100007&script=sci_arttext. Acesso em 14/09/12.
79. Valla VV. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Cad Saúde Pública* 1999;15(2):7-14. Disponível em www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v44n3a15.pdf. Acesso em 12/09/12.
80. Saraiva KRO, Santos ZMSA, Landim FLP, Lima HP, Sena VL. O processo de viver do familiar cuidador na adesão do usuário hipertenso ao tratamento. *Rev Texto & Contexto* 2007 16(8); 63-70.

81. Porto CC. Exame Clínico. Bases para a prática médica. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2004.
82. Pavani NPJ. Dor no câncer – parte1. Rev Bras Cancerol [periódico online], 2000. Disponível em <http://dc430.4shared.com/doc/J6FgH9aj/preview.html>. Acesso em 15/09/12.
83. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Cuidados Paliativos Oncológicos – Controle da Dor. Rio de Janeiro: INCA; 2001.
84. Probst D, Thuler LCS. Incidência e prevalência da dor fantasma em pacientes submetidos a amputação de membros: revisão de literatura. Rev Bras Cancerol 2006; 52(4):395-499.
85. Ducci AJ, Pimenta CAM. Programas educativos e a dor oncológica. Rev Bras Cancerol 2003 49(3):185-92.
86. Eisenberg DM, Davis RB, Ettner SL, Appel S, Wilkey S, Van Rompay M et al. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey. Jama 1998; 280: 1569-75.
87. Pearson JN, Chesney MA. The CAM Education of the National Center for Complementary Medicine: An Overview. Academy Medicine 2007 oct 82(10):921-6.
88. Teixeira MJ. Dor: Manual para o clínico. São Paulo: Atheneu; 2006.
89. Guyton AC. Tratado de Fisiologia Médica. 7ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1989.
90. Porto CC. Semiologia Médica. 2ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1994.
91. Timerman A, Cesar LAM. Manual de Cardiologia: SOCESP. São Paulo: Atheneu; 2000.

92. Costa VT, Alves PC, Lunardi, VL. Vivendo uma doença crônica e falando sobre ser cuidado. R Enferm UERJ 2006 jan/mar; 14(1):27-31.
93. Cade NV. A teoria do déficit de autocuidado de OREM aplicada em hipertensas. Rev Latino-am Enferm 2001 mai; 9(3):43-50.
94. Bub MBC, Medrano C, Silva CD, Wink S, Liss PE, Santos, EKA. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. Texto & Contexto 2006; 15 (Esp): 152-7.
95. Wysocki AD, Freschi MS, Cesarino, CB. Implementação da sistematização da assistência de enfermagem: estudo de caso de acordo com a Teoria de auto-cuidado de Orem. Arq Ciênc Saúde 2008 jan/mar;15(1):38-42.
96. Santos ZMSA, Costa CMV, Saraiva KRO. Cliente portador de insuficiência cardíaca – demandas de autocuidado. Esc Anna Nery R Enferm 2004 ago; 8 (2): 243-50.
97. Orem DE. Nursing: concepts of practice. 5 ed. St. Louis: Mosby; 2003.
98. Tratado de Doenças Cardiovasculares. Editado por Peter Libby et al. Tradução Alexandre Mauri Midão et al. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. Vol 1.
99. Dias IA, Ferreira LN. Avaliação Funcional de Pacientes com Insuficiência Cardíaca Congestiva através de Escalas Padronizadas. Rev Saude Com 2011; 7(2):116-26.
100. Rabelo EG, Aliti GB, Domingues FB, Ruschel KB, Brum AO. O que ensinar aos pacientes com insuficiência cardíaca e por quê: o papel dos enfermeiros em clínicas de insuficiência cardíaca. Rev Latino-Am 2007; 15(1).
101. Goodlin SJ, Trupp R, Bernhardt P, Grady KL, Dracup K. Development and evaluation of the “Advanced Heart Failure Clinical Competence Survey”: a

tool to access knowledge of heart failure care and self-assessed competence. *Patient Educ Couns* 2007; 67(1-2):3-10.

102. Eastwood CA, Travis L, Morgenstern TT, Donaho EK. Weight and symptom diary for self-monitoring in Heart Failure Clinic Patients. *Journal of Cardiovascular nursing* 2007; 22(5):382-9.

103. Heo S, Doering LV, Widener J, Moser DK. Predictors and effect of physical symptom status on health-related quality-of-life in patients with heart failure. *Am J Crit Care* 2008; 17:124-32.

104. Welsh D, Marcinek R, Abshire D, Lenniet T, Biddle M, Bentley B, Moser D. Theory-based low-sodium diet education for heart failure patients. *Home Health nurse* 2010; 28(7):432-43.

105. Frazier L, Wing S, Sparks E, Eastwood C. Cardiovascular nursing on human genomics: what do cardiovascular nurses need to know about congestive heart failure? *Prog Cardiovasc Nurs* 2009; 24(3): 80-5.

106. Goebel JR, Doering LV, Lorenz KA, Maliski SL, Nyamathi AM, Evangelista LS. Caring for special populations: total pain theory in advanced heart failure: applications to research and practice. *Nurs Forum* 2009; 44(3):175-85.

107. Zambroski CH, Combs P, Cronen SN, Pfeffer C. Edgar Allan Poe. "The Pit and the pendulum", and ventricular assist devices. *Crit Care Nurse* 2009;29-39.

108. Hall P, Morris M. Improving Heart Failure in home care with chronic disease management and telemonitoring. *Home heart care nurse* 2010; 28(10): 606-17.

109. Imes CC, Dougherty CM, Pyper C, Sullivan MD. A descriptive study of the partner's experiences of living with severe heart failure. *Heart Lung* 2011; 40(3):208-16.

110. Cooper KL. Care of the lower extremities in patients with acute decompensated heart failure . Crit Care Nurse 2011;31:21-29.
111. Dekker RL, Lennie TA, Hall LA, Peden AR, Chung ML, Moser DK. Developing a shortened measure of negative thinking for use in patients with heart failure. Heart Lung 2011; 40(3): 60-69.
112. Foebel AD, Irdes JP, Heckman GA, Tyas SL, Tjam EY. A profile of older community-dwelling home care clients with heart failure in Ontario. Chronic diseases in Canada 2011; 31(2).
113. Evangelista LS, Sackett E, Dracup K. Pain and heart failure: unrecognized and untreated . Eur J Cardiovasc Nurs 2009; 8(3):169-73.
114. Clark AM, Freyberg N, Hearsh SL, Savard L, McDonald M, Strain L. The potential of nursing to reduce the burden of heart failure in rural Canada: what strategies should nurses prioritize? Canadian Journal of Cardiovascular Nursing 2008; 18(4):27-33.
115. Dekker RL. Measurement of a negative thinking in patients with Heart Failure: A critical review and analysis. J Cardiovasc Nurs 2011; 26(1):9-20.
116. Benseñor IM, Atta JA, Martins MA. Semiologia Clínica. São Paulo: Sarvier; 2002.
117. Zorzanelli RT. A síndrome da fadiga crônica: apresentação e controvérsias. Psicologia em estudo 2010 jan-mar 15(1): 65-71. Disponível em www.scielo.br/pdf/pe/v15n1/a08v15n1.pdf. Acesso em 27/08/2012
118. Castro RBP. Edema pulmonar agudo. Simpósio: Urgências e emergências cardiológicas. Medicina, Ribeirão Preto, 36:200-204 abr/dez, 2000.

119. Andris DA. *Semiologia. Bases para a prática assistencial*. Tradução: Carlos Henrique Consendey. Revisão: Isabel Cristina Fonseca da Cruz. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2006.
120. Lages N, Fonseca C, Neves A, Lanseiro N, Abelha FJ. Náuseas e Vômitos no Pós-Operatório: Uma Revisão do 'Pequeno Grande' Problema. *Rev Bras Anesthesiol* 2005; 55(5): 575-85. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rba/v55n5/en_v55n5a13.pdf. Acesso em 25/09/12.
121. Golembiewski JA, O'Brien D. A systematic approach to the management of postoperative nausea and vomiting. *J Perianesth Nurs* 2002; 17(6): 364-76.
122. Diretrizes para a abordagem da angina estável. Disponível em www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/protocolos/angina_estavel2.pdf. Acesso em 30.09.12.
123. Evora PRB, Ribeiro PJF. *Medida da pressão arterial*. In: Shoemaker WC et al. *Tratado de Terapia Intensiva*. 2 ed. São Paulo: Pan-Americana; 1992.
124. Staples P, Earle W. *The nature of telephone nursing interventions in a heart failure clinic setting*. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing* 2008; 18(4):27-33.
125. Ciccone MM, Aquilino A, Cortese F, Scicchitano P, Sassara M, Mola E, Rollo R, Caldarola P, Giorgino F, Pomo V, Bux F. *Feasibility and effectiveness of a disease and care management model in the primary health care system for patients with heart failure (Project Leonardo)*. *Vascular Health and Risk Management* 2010;6:297-305.
126. Dekker RL. *Measurement of negative thinking in patients with heart failure: a critical review and analysis*. *J Cardiovasc Nurs* 2011;26(1):9-20.

127. *Ribeiro SF. Monitorização hemodinâmica não invasiva. In: Cintra EA, Nishide VM, Nunes WA. Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo. São Paulo: Atheneu; 2003.*
128. Barizon SM. Estimulação Cardíaca Artificial. In: Cintra EA, Nishide VM, Nunes WA. *Conduitas de Enfermagem no Paciente Gravemente Enfermo. São Paulo: Atheneu; 2003.*
129. Souza MHL, Elias DO. *Fundamentos da Circulação Extracorpórea. 2ed: Publicação Eletrônica; 2006.*
130. Sizer FS, Witney EN. *Nutrição. Conceitos e Controvérsias. 8 ed. Manole: Barueri; 2003.*
131. Cintra EA. Monitorização Hemodinâmica Invasiva. In: Cintra EA, Nishide VM, Nunes WA. *Conduitas de Enfermagem no Paciente Gravemente Enfermo. São Paulo: Atheneu; 2003.*
132. Araújo S, Araújo IEM. *Princípios Básicos de Fisiologia Cardiocirculatória. In: Cintra EA, Nishide VM, Nunes WA. Assistência de Enfermagem ao Paciente Gravemente Enfermo. São Paulo: Atheneu; 2003.*
133. Reolão JBC. A vida no compasso do coração. *Rev Soc Cardiol Rio Grande do Sul 2007 set/dez; 12.*
134. McDarle WD, Katch FI, Katch VL. *Fisiologia do Exercício: Energia, nutrição e desempenho humano. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2008.*
135. Gowdak MMG, Carioba, RQPBM, Costa COPC, Carvalho GL. *Nutrição aplicada á atividade física. In: Negrão CE, Barreto, ACPereira. (Org.) Cardiologia do Exercício: do Atleta ao Cardiopata. 3 ed. Manole: Barueri; 2010.*

136. Carvalho TB, Relvas PCA, Rosa SF. Instrumentos de avaliação da função motora para indivíduos com lesão encefálica adquirida. *RevNeurocienc* 2008; 16(2): 137-43.
137. Gottlieb SS, Khatta M, Friedmann E, Einbinder L, Katzen S, Baker B, et al. The influence of age, gender, and race on the prevalence of depression on hearth failure patients. *J Am Coll Cardiol* 2004 43: 1542-49.
138. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Revista Brasileira de Hipertensão*.. n1v17 jan/mar 2010. Disponível em www.saude.gov.br/sites/default/files/vi_diretrizes_bras_hipertensao_rdha.pdf. Acesso em 10.01.13.
139. López M, Laurentys-Medeiros J. *Semiologia Médica. As Bases do Diagnóstico Clínico*. 4ed. Vol 1. Minas Gerais, Revinter, 1999.
140. Mesquita ET, Jorge AJL. Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Normal – Novos Critérios Diagnósticos e Avanços Fisiopatológicos. *Arq Bras Cardiol*. V93 n2 ago 2009.
141. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST (II edição, 2007)
142. The Criteria Committee of the New York Heart Association. *Nomenclature and Criteria for Diagnosis of Diseases of the Heart and Great Vessels*. 9th ed. Boston, Mass: Little, Brown & Co; 1994:253-256.
143. Moore KP, Aithal GP. Guidelines on the management of ascites in cirrhosis. *GUT. A International Journal of Gastroenterology and Hepatology*. 2006, oct, 55 (Suppl 6): vi1-vi12.
144. Benites D, Gomes WB. Tradução, adaptação e validação preliminar do *Prospective abd Retrospective Memory Questionary (PRMQ)*. *Psico-USF*, v. 12, n. 1, p. 45-54, jan./jun. 2007.

