



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

MILENA CARLA MAGALHÃES NOVAIS

**CONHECIMENTO DO ENFERMEIRO(A) SOBRE O
CUIDADO SISTEMATIZADO DE ENFERMAGEM AO
CLIENTE ACOMETIDO POR INSUFICIÊNCIA CARDÍACA
CONGESTIVA (ICC)**

Santo Antônio de Jesus

2012

MILENA CARLA MAGALHÃES NOVAIS

**CONHECIMENTO DO ENFERMEIRO(A) SOBRE O
CUIDADO SISTEMATIZADO DE ENFERMAGEM AO
CLIENTE ACOMETIDO POR INSUFICIÊNCIA CARDÍACA
CONGESTIVA (ICC)**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Graduação em enfermagem da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª Ms. Ana Paula Santos de Jesus
Co-orientadora: Prof^ª Ms. Patrícia Veiga Nascimento

Santo Antônio de Jesus
2013

MILENA CARLA MAGALHÃES NOVAIS

**CONHECIMENTO DO ENFERMEIRO (A) SOBRE O CUIDADO SISTEMATIZADO
DE ENFERMAGEM AO CLIENTE ACOMETIDO POR INSUFICIÊNCIA
CARDÍACA CONGESTIVA (ICC)**

Monografia apresentada como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Aprovada em ___ de Outubro de 2013

Banca Examinadora

Ana Paula Santos de Jesus - Professora orientadora
Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia
Docente da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Patrícia Veiga Nascimento – Professora Co-orientadora
Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia
Docente da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Silvana Lima Vieira - Professora convidada
Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia
Docente da Universidade do Estado da Bahia

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus e aos meus espíritos de luz que recarregaram minhas energias quando tudo parecia ser impossível.

Aos meus pais Alberto e Carlonita, em especial a minha Mainha, que abd icou de todos os seus afazeres em prol de me acompanhar nessa jornada longa, obrigada pela atenção, carinho e apoio a mim devotados. Vocês foram o meu maior incentivo para que eu pudesse concluir essa etapa tão importante na minha vida. Vocês são sem dúvida a razão do meu viver!

Aos meus sobrinhos Gustavo e Carol por me fazer rir, e pelas pirraças nos momentos de preocupações e stresses.

A minha primeira orientadora, na qual hoje se encontra na posição de co-orientadora Patrícia Veiga Nascimento, por incitar em mim o desejo de aprofundar na cardiologia e confiar em um potencial que em mim havia adormecido. Você foi e será um exemplo de mestra, de pessoa que levarei para sempre nas minhas melhores recordações. Com a senhora eu aprendi que educar é semear com sabedoria e colher com paciência

A minha orientadora atual Ana Paula Santos de Jesus, pela generosidade de me acompanhar no momento final do meu trabalho, muito obrigada pela paciência e por disponibilizar um tempo na sua agenda para me orientar. Foi muito gratificante e edificante trabalhar com a senhora. Serei eternamente grata por tudo.

A professora SilvanaVieira Lima pela inúmeras contribuições ao meu trabalho, pela paciência e pelo apoio no início, meio e fim desse projeto. Lembrarei sempre da sua calma!

Aos meus amigos da enfermagem Keice, Marileide, Felipe Miranda e Victor Oliver, palavras não expressam o quanto vocês foram importantes no meu crescimento profissional e pessoal, quantas angústias e emoções compartilhadas. Das lembranças que eu vou levar na memória vocês serão a saudade que eu vou gostar de ter.

Não poderia deixar de agradecer a uma grande amiga-professora-incentivadora Taninha Santana, como a vida foi generosa comigo em me apresentar a você. Só tu sabes o quanto te considero, o quanto te admiro.

Enfim, agradeço a todos que de alguma forma contribuíram direta e indiretamente para construção desse trabalho.

A vocês deixo meu carinho e gratidão.

“O valor das coisas não está no tempo que elas duram, mas na intensidade com que acontecem. Por isso existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis.”

Fernando Pessoa

NOVAIS, Milena Carla Magalhães. **Conhecimento do enfermeiro sobre o cuidado sistematizado de enfermagem ao cliente acometido por Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC)**. 63 f. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação). Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Santo Antônio de Jesus, 2013.

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo avaliar o conhecimento do enfermeiro (a) sobre o cuidado sistematizado de enfermagem para com o cliente acometido por ICC, em um Hospital Público do Recôncavo da Bahia. Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva com abordagem quantitativa. A coleta de dados foi realizada no período de setembro de 2013. Participaram do estudo 24 enfermeiros que atuam nas unidades de clínica médica emergência. Aplicou-se um questionário estruturado contendo dados sociodemográficos do profissional e 10 questões que verificaram o conhecimento dos enfermeiros sobre cuidado sistematizado de enfermagem com o cliente acometido por ICC. Os resultados da pesquisa indicaram que a maioria dos enfermeiros (70,8%) era do sexo feminino; a idade dos entrevistados variou entre 20 e 35 anos, predominando as faixas etárias de 25 a 30 anos, com 12 participantes (50%), seguido de 08 participantes (33,3%) com faixa etária de 20 a 25 anos, 04 (16,7%) entre 30 a 35 anos, sendo assim a média de idade dos enfermeiros é de 27 anos; em relação ao tempo de formação (75%) dos enfermeiros tinham de 1 a 5 anos de formado, e apenas 05 (20,8%) tinham menos de 01 ano de formado. Dessa forma, conclui-se que os resultados desse estudo podem auxiliar na elaboração de protocolos de atendimentos para o cliente acometido com ICC e na busca do aprimoramento dos enfermeiros sobre cuidar sistematizado desse cliente, possibilitando melhor tratamento com o intuito de diminuir o número de internações e mortalidade.

Palavras-chave: Insuficiência Cardíaca Congestiva. Enfermagem. Cuidado Enfermagem.

NOVAIS, Milena Carla Magalhães. **Knowledge of nurses about nursing care systematized customer affected by Congestive Heart Failure (CHF)**. 63 f. In 2013. Completion of course work (undergraduate). Federal University of Reconcavo of Bahia, Santo Antônio de Jesus, 2013.

ABSTRACT

The present study aims to evaluate the knowledge of nurses (a) on the of nursing care and the customer affected by ICC in a public hospital in the Reconcavo of Bahia. This is an exploratory, descriptive quantitative approach. Data collection was carried out from September 2013. Study participants were 24 nurses working in clinical units and emergency. Applied a structured questionnaire on sociodemographic characteristics of professional and 10 questions found on nurses' knowledge of nursing care and customer affected by ICC. The survey results indicated that the majority of nurses (70.8%) were female, the age of the respondents ranged between 20 and 35 years, predominantly ages 25 0 30 years, with 12 participants (50%), followed by 08 participants (33.3%) aged 20-25 years 04 (16.7%) between 30-35 years, so the average age of nurses is 27 years, compared to the time training (75%) of nurses had 1-5 years of graduation, and only 05 (20.8%) were under 01 years of graduation. Thus, it is concluded that the results of this study may help to develop protocols of care to the client involved with CCI and the pursuit of improvement of nurses on caring systematized this client, enabling better treatment in order to decrease the number of hospitalizations and mortality.

Keyword: Congestive Heart Failure. Nursing. Care nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Gráfico 1** Distribuição da porcentagem de acertos e erros dos enfermeiros por unidade de atuação- Santo Antônio de Jesus-2013 34
- Gráfico 2** Distribuição de acertos e erros dos enfermeiros da clínica médica sobre conhecimento de cuidar do cliente com ICC- Santo Antônio de Jesus-2013 ... 34
- Gráfico 3** Distribuição de acertos e erros dos enfermeiros da unidade de emergência sobre conhecimento de cuidar do cliente com ICC, à luz da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Congestiva-2012 - Santo Antônio de Jesus- 2013 35
- Gráfico 4** Apresentação das variáveis: estudou ICC na graduação, acompanhou cliente com ICC e se sente preparado para acompanhá-lo - Santo Antônio de Jesus - 2013 37
- Gráfico 5** Distribuição da associação do tempo de atuação do enfermeiro com a quantidade de erros e acertos. Santo Antônio de Jesus-2013 43

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Produção científica de enfermagem relacionada à insuficiência cardíaca congestiva nas bases de dados Medline e LILACS/BDENF, de 1966 a 2004.....	20
Tabela 2	Características dos enfermeiros de clínica médica e emergência, de um hospital público da Bahia- Santo Antônio de Jesus, 2013	33
Tabela 3	Distribuição da quantidade de acertos dos enfermeiros de clínica médica e emergência, sobre sinais e sintomas apresentados por um cliente acometido por ICC - Santo Antônio de Jesus - 2013.....	37
Tabela 4	Distribuição do índice de associação dos acertos de quem se sente preparados e quem não se sente preparados para acompanhar o cliente acometido por ICC - Santo Antônio de Jesus - 2013.....	42

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Autocuidado
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
IECA	Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association - Diagnóstico de Enfermagem
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SUS	Sistema Único de Saúde
SAJ	Santo Antônio de Jesus
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	15
2.1	Avanços na compreensão, diagnóstico e tratamento da ICC.....	17
2.1.1	Avaliação Diagnóstica de Acordo com Diretriz 2012 de ICC.....	19
2.2	Atuação do enfermeiro ao cliente acometido por ICC.....	20
2.3	A Assistência Sistematizada de Enfermagem (SAE).....	22
2.4	Teoria do Auto Cuidado e o Cuidado Sistematizado de Enfermagem.....	24
3	METODOLOGIA	26
3.1	Tipo de estudo.....	26
3.2	Cenário da pesquisa.....	26
3.3	Sujeitos da pesquisa.....	28
3.4	Instrumentos de coleta de dados.....	28
3.5	Procedimento de coleta de dados.....	29
3.6	Análise de Dados.....	30
3.7	Aspecto Ético.....	30
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	32
4.1	Caracterização da População do Estudo.....	32
4.2	Conhecimento do Enfermeiro sobre o Cuidado Sistematizado de Enfermagem ao Cliente Acometido por ICC.....	36
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	45
	REFERÊNCIAS.....	47
	APÊNDICES.....	50
	ANEXOS.....	54

1 INTRODUÇÃO

A Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) é uma síndrome heterogênea na qual o coração torna-se incapaz de suprir a demanda metabólica ou o faz à custa de pressões de enchimento elevadas. Por não constituir uma condição única, requer tratamento individualizado para cada paciente, levando em consideração a etiologia da cardiopatia as manifestações clínicas e as comorbidades. São objetivos do tratamento o alívio dos sintomas, a manutenção da condição funcional e a prevenção dos episódios de descompensação. Recentemente, programas de atenção multidisciplinar em ICC têm diminuído significativamente o número de hospitalizações e custos, além de reduzir as indicações de transplantes cardíaco (KNOBEL, 2010).

A ICC vem crescendo em incidência e em prevalência no mundo, estando associada a taxas crescentes de mortalidade. A poderosa associação entre ICC e o envelhecimento, estão associadas por precursores como hipertensão, dislipidemia e diabetes nas sociedades industrializadas, e pela melhoria da sobrevida a longo prazo de pacientes com doenças cardíacas isquêmicas e de outros tipos.

A síndrome de ICC constitui hoje o principal problema cardiovascular de saúde pública, pois sua incidência vem alcançando níveis epidêmicos. Isso decorre do processo de envelhecimento da população e da sobrevida crescente de pacientes portadores de cardiopatias. Até 10% dos indivíduos acima de 65 anos são portadores de ICC. Há no Brasil cerca de 2 milhões de pacientes com ICC, e a cada ano 240 mil casos novos são diagnosticados (KNOBEL, 2010).

Nas estatísticas oficiais de saúde no Brasil, os óbitos por ICC são apresentados em conjunto com diversas outras doenças cardíacas, impedindo qualquer tipo de análise que possa, com segurança, discriminar a sua importância como habitualmente se faz para as doenças cerebrovasculares e para as doenças isquêmicas do coração (RICH, 2011).

A importância epidemiológica e socioeconômica da ICC impulsionou o desenvolvimento de estudos que permitiram uma evolução marcante na compreensão de sua fisiopatologia, levando nos últimos 10-15 anos a inovações terapêuticas que têm mostrado serem capazes de modificar a evolução natural da doença. Ainda assim, persistem muitos desafios a serem vencidos no diagnóstico e tratamento desta afecção.

Uma das grandes mudanças no tratamento da ICC relaciona-se à demonstração de que a atuação em equipe multidisciplinar pode modificar de maneira bastante positiva o curso natural da ICC. Destaca-se nesta a equipe de enfermagem, cujas intervenções implementadas

a partir de planejamento cuidadoso, têm mostrado reduzir os episódios de descompensação, de re-internações e, conseqüentemente, do custo do tratamento.

O prognóstico dos pacientes com insuficiência cardíaca congestiva é reservado, apesar dos avanços na terapia. Dos pacientes que sobrevivem ao início agudo da ICC, apenas 35% dos homens e 50% das mulheres estão vivos após 5 anos.

Sendo assim a SAE é de fundamental importância para um serviço de saúde, pois proporciona uma assistência planejada e organizada, refletindo na melhoria da saúde dos pacientes, com base na integralidade da atenção. É uma atividade que possibilita ao enfermeiro a utilização de métodos e estratégias que os permitem identificar as situações de saúde/doença, gerando subsídios para ações na promoção, prevenção e reabilitação da saúde do indivíduo, sua família e da comunidade na qual se insere.

O trabalho do enfermeiro vem ganhando destaque nas últimas décadas através da sua assistência sistematizada, que contribui para as questões já discutidas acima, como diminuição episódios de descompensação e internações corriqueiras, mortalidade, e custo com o tratamento

A SAE engloba etapas que devem ser seguidas para garantir a qualidade da assistência. No caso da assistência ao paciente portador de ICC é de crucial importância que as etapas da SAE sejam efetivamente implementadas.

Para a elaboração dos diagnósticos de enfermagem é utilizada a Taxonomia de NANDA II (North American Nursing Diagnosis Association). A NANDA possibilita o raciocínio clínico através do julgamento dos fatores relacionados e características definidoras. Logo, estimula o pensamento crítico dos enfermeiros envolvidos no cuidado dos pacientes com insuficiência cardíaca congestiva. Desta forma, permite direcionar as intervenções de enfermagem, que visam melhorar a qualidade de vida dos mesmos e diminuir os fatores que estão ocasionando as reinternações, bem como alcançar os resultados de enfermagem. Para a prescrição e implementação dos cuidados de enfermagem utilizamos a Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC), que visa o desenvolvimento de sistemas de informação, o ensino da tomada de decisões, a determinação dos custos dos procedimentos oferecidos, o planejamento de recursos necessários.

O plano de alta deve estar embasado na investigação realizada durante a coleta de dados, e em dados coletados durante a internação, que incluem as limitações do paciente, da família ou da pessoa de apoio ou do ambiente. Também os recursos existentes devem ser investigados, pois todos esses dados compõem a implementação e a coordenação do plano de

cuidados. Esse processo é essencial para a troca de informações entre paciente, cuidadores e pessoas responsáveis pelo atendimento (TAYLOR, 2007).

A motivação para estudar este tema deu-se enquanto graduanda do curso de enfermagem que, durante as aulas práticas, percebi a elevada incidência de internamentos de pacientes portadores de ICC em um Hospital Público do Recôncavo da Bahia. A partir desta percepção surgiu o seguinte questão de investigação: Qual o conhecimento do enfermeiro sobre o cuidado sistematizado de enfermagem ao cliente acometido por ICC?

O estudo justifica-se por ser a ICC um sério problema de saúde pública, com alto índice de internações e elevados custos do tratamento pelo SUS e que compromete a qualidade de vida destes pacientes. A ICC é uma patologia de grande impacto socioeconômico, quando observado a gama de limitações física que impõe ao paciente, isso consequentemente implica em aposentadorias precoces. Neste sentido, é de fundamental importância este estudo, pois poderá contribuir e socializar conhecimentos técnicos e científicos para os profissionais de saúde, em específico, o profissional enfermeiro que cuida diretamente desses clientes com ICC.

Este trabalho tem como objetivo geral: avaliar o conhecimento do enfermeiro sobre o cuidado sistematizado de enfermagem para com o cliente acometido por ICC, em um hospital público do Recôncavo da Bahia. Como objetivo específico: descrever sobre cuidados sistematizados de enfermagem para com os clientes acometidos por ICC.

Como hipótese nula (H₀): O enfermeiro(a) tem conhecimento sobre o cuidado sistematizado de enfermagem para com o cliente acometido por ICC.

Hipótese Alternativa (H_A): O enfermeiro(a) não tem o conhecimento sobre o cuidado sistematizado de enfermagem para com o cliente acometido por ICC.

Essa investigação torna-se relevante pois pode servir como fonte de pesquisa para graduandos e profissionais de saúde, devido a lacuna existente na literatura sobre essa temática.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A Insuficiência Cardíaca Congestiva é definida como incapacidade do coração de gerar um adequado débito cardíaco, para atender às necessidades metabólicas dos tecidos e para alcançar esse objetivo, necessita de elevadas pressões de enchimento do ventrículo esquerdo. Esta situação pode estar associada a disfunção sistólica ou a uma função sistólica preservada. A insuficiência cardíaca com função sistólica preservada é uma síndrome que, por definição, não é causada por uma anormalidade da contratilidade miocárdica (BOCCHI, 2005).

A ICC é uma complicação grave, geralmente progressiva e irreversível, que pode comprometer a maioria dos pacientes cardíacos e, especialmente, aqueles que padecem de doença coronária, hipertensão arterial, valvulopatias ou miocardiopatias. Seus sintomas clínicos incluem dispnéia, fadiga e edema, que provocam grande desconforto aos seus portadores, com grande prejuízo da qualidade de vida e redução de sobrevida. Durante as últimas décadas, a ICC tem se revelado como um dos problemas de saúde pública de maior envergadura, por sua crescente incidência, principalmente, nos países desenvolvidos, com população mais idosa. Tem grande impacto social, econômico e, sobretudo, humano, visto que impõe uma grande limitação física aos pacientes e implicação em aposentadorias precoces e com altos custos governamentais (LATADO et al., 2006).

Dados do Datasus (2011) confirmam que no Brasil as doenças do aparelho circulatório (1.210.813) só perdem para as do aparelho respiratório (1.710.384) em números de hospitalizações. Entre aquelas, a causa predominante (350.819) foi a ICC, com 2.001.618 dias de internação (média de 5,7 dias), 25.260 óbitos (7,2%) a um custo de 194.575.595, 97 reais. Em nível ambulatorial, o impacto social e econômico também é enorme, considerando-se consultas, exames, medicamentos e incapacitações temporárias ou definitivas para o trabalho.

Dados do Datasus (2008-2011) apontam que enquanto o número de morbidade hospitalar do SUS por local de internação no município de Santo Antônio de Jesus no período de 2008 a 2011 foi de 688 internações por ICC.

No Brasil, existem poucos recursos de informações epidemiológicas a respeito de ICC. A maior parte das informações é obtida nos arquivos do DATASUS, advindas de dados de internação hospitalar. Porém, o melhor conhecimento epidemiológico da ICC é de fundamental importância para avaliação de novas formas de prevenção, de tratamento e de planejamento do sistema de saúde no atendimento da população neste 3º milênio.

Apesar de ser difícil prever o prognóstico em pacientes individuais, os pacientes com sintomas em repouso têm uma taxa de mortalidade anual de 30 a 70%, os pacientes sintomáticos com atividade moderada têm taxas de mortalidade anual de 10 a 20% e pacientes com atividades apenas leve têm uma taxa de mortalidade anual de 5 a 10%. As taxas de mortalidade são maiores em pacientes mais velhos, em homens e em pacientes com frações de ejeção reduzidas e doença coronariana subjacente (CECIL, 2010).

As principais causas da ICC são os distúrbios mecânicos do enchimento ventricular durante a diástole, que resultam em volume insuficiente de sangue disponível para o coração bombear e distúrbios hemodinâmicos sistólicos que limitam a função contrátil do coração, além das causas que afetam o músculo miocárdio, a ICC também pode ser originada em decorrência de alguma condição que pode predispor o paciente a desenvolver a ICC. Podemos destacar: as arritmias, gravidez, tireotoxicose, embolia pulmonar, infecções, anemias, aumento da atividade física e estresse emocional (BOUNDY, 2004).

Os sinais e sintomas são de grande importância para a suspeita clínica de ICC, mas isoladamente apresentam limitações de sensibilidade e/ou especificidade para o diagnóstico. Fazendo-se necessário a realização de exames subsidiários como: eletrocardiograma- para investigação de possíveis alterações tais como: taquicardia sinusal, fibrilação atrial, extrasístolia supraventricular e ventricular, alterações da repolarização ventricular, sobrecarga de câmaras, auxiliam no diagnóstico etiológico e na avaliação seriada do paciente; Radiografia de tórax- a cardiomegalia é o achado mais frequente. Quando o índice cardiotorácico for normal ou pouco aumentado, suspeita-se de ICC com função sistólica preservada. A radiografia de tórax, no entanto, é relativamente insensível para detectar congestão pulmonar, podendo não corresponder à história ou ao exame físico de um paciente clinicamente congesto. São alterações possíveis de ser diagnosticadas no RX: derrame pleural predominante à direita e, na vigência de edema agudo de pulmão, infiltrado alveolar difuso em forma de asa de borboleta; Ecocardiografia- esse exame deve fazer parte da avaliação inicial da ICC, pois fornece informações tanto sobre a cardiopatia de base quanto sobre a condição funcional, devendo-se atentar para: dilatação e/ou hipertrofia do ventrículo esquerdo, aumento dos átrios, que predispõe a fibrilação atrial, sinais de disfunção sistólica/redução da fração de ejeção e percentual de encurtamento e/ou disfunção diastólica/alteração da complacência ou relaxamento do ventrículo esquerdo, anomalias congênitas; Exames laboratoriais- hemograma, eletrólitos, sorologia para doenças de Chagas, exame de função renal, hepática e tireoidiana necessários na avaliação inicial de um paciente com ICC; Cateterismo cardíaco- está indicado quando a causa da ICC não tiver sido esclarecida, com suspeita de doença

arterial coronária, valvopatias. Pacientes com ICC por cardiomiopatia isquêmica e sintomas de angina pectoris têm indicação de cateterismo cardíaco, uma vez que alguma estratégia de revascularização poderá modificar a história natural da doença (KNOBEL, 2010).

Com novos medicamentos, corações e estimuladores artificiais e reabilitação cardíaca, têm ajudado no tratamento e na convivência com a doença, no entanto, suas indicações são motivos de polêmica. O advento dos inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECAs), beta-bloqueadores e espirolactona tem revolucionado o manejo da ICC, com benefícios na sobrevivência desses clientes. Contudo, a despeito desses avanços, a ICC continua sendo uma síndrome com conseqüências deletérias ao paciente e ao sistema de saúde. Há evidências que significativa parcela dos pacientes não recebe corretamente a terapia a qual, segundo evidências, reduziria a morbidade e mortalidade e 10 a 50% deles acabam por ser readmitidos após três a seis meses da alta hospitalar (BOCCHI, 2007).

Os Beta Bloqueadores associados à IECA determinam benefícios clínicos na mortalidade global, na morte por ICC e na morte súbita, além de melhora dos sintomas e redução de reinternação por ICC. Na III Diretriz de ICC, havia sugestão de que doses elevadas de diuréticos aumentariam a mortalidade. Embora planejado para ICC descompensada, estudo demonstrou que altas doses de diuréticos foram associadas à tendência de maior redução de sintoma sem diferença na função renal. Entretanto, maior perda de peso de líquidos e melhora da falta de ar foram balanceadas por maior proporção de pacientes com piora de função renal o que não afetou a mortalidade (BOCCHI, 2012).

2.1 Avanços na Compreensão, Diagnóstico e Tratamento da ICC

De maneira extremamente simplificada tem-se como claro que a ICC ocorre quando o coração é incapaz de receber um fluxo adequado de sangue e, assim, é incapaz de bombear uma quantidade suficiente de sangue para os órgãos e tecidos. O rápido avanço na compreensão desse fenômeno ocorreu somente nos últimos 25 anos, culminando com o advento de marcante modificação da terapêutica indicada nesta condição (BOCCHI, 2010).

Assim, na década de 60, era preponderante o Modelo Cardio-Renal da ICC. Como o edema é a apresentação inicial da doença e sua principal manifestação, a congestão do paciente era o principal foco do tratamento, sendo considerado na época, a chave para sua explicação. A principal terapêutica para ICC nesta década foi constituída pelos diuréticos e digitálicos (MACKENZIE et al.,2005).

Na década de 80 surgiu o Modelo do Metabolismo Celular, que deflagrou os estudos sobre os canais de cálcio, e sua ação sobre o músculo cardíaco, levando à indicação da terapia com os bloqueadores do canal de cálcio, que proporcionou uma melhora, em curto prazo, das manifestações clínicas da IC. Estudos subsequentes, entretanto, levaram à contestação do emprego dos inibidores de canal cálcio na ICC (FERREIRA et al., 2005).

Na década de 90 surge modelo Renina/Angiotensina/Aldosterona. Apesar da proposição inicial de uso voltado para melhora da terapia antihipertensiva, foi observado que pacientes que utilizavam inibidores de ECA (enzima conversora de angiotensina), por um longo período de tempo, tinham benefício significativo no retardo do desenvolvimento de ICC, principalmente na inibição da hipertrofia ventricular esquerda. O tratamento com o inibidor da enzima conversora de angiotensina (IECA) tem demonstrado a melhora dos sintomas da ICC, reduzido as internações por piora progressiva da função ventricular e prolongado a sobrevida dos pacientes. O sucesso da terapia com IECA na ICC depende da adesão ao tratamento, porém aproximadamente um terço dos pacientes com ICC em uso de IECA reportam não adesão ao medicamento (FERREIRA et al., 2005).

Paralelamente ao avanço nos modelos teóricos para explicar a clínica da ICC, deve-se destacar o crescimento ocorrido nas duas últimas décadas no que se refere ao conhecimento sobre o evento do remodelamento ventricular. Inicialmente usado para descrever mudanças ocorridas no tamanho e contorno do ventrículo esquerdo após o infarto do miocárdio, o remodelamento hoje é visto como um processo extremamente complexo e intimamente relacionado à piora progressiva da disfunção ventricular na ICC, que ocorre em resposta a diferentes estímulos extracelulares, como a própria isquemia miocárdica e a sobrecarga pressórica, como na hipertensão arterial. Os eventos celulares ligados ao remodelamento ventricular incluem hipertrofia do cardiomiócito, proliferação do fibroblasto, apoptose (perda celular) e modificação da expressão genética do cardiomiócito. Postula-se atualmente, que os estímulos externos, de natureza bioquímica, mecânica ou iônica, ativam elementos receptores específicos associados ao sarcolema, que traduzem e amplificam os sinais através da ativação de mecanismos bioquímicos múltiplos, os quais servirão como intermediários na comunicação entre o estímulo extracelular e fatores de transcrição genética específicos. Assim, a modificação no fenótipo do cardiomiócito na IC decorre da modificação na expressão genética de várias proteínas, ligadas, por exemplo, à homeostasia do cálcio e ao relaxamento e à contratilidade cardíaca (FRANCHINI, 2009).

De acordo com artigos e literatura o grande desafio no tratamento da ICC continuará a se tratar o mecanismo subjacente da patologia e continuar a busca de novas terapias

medicamentosa, celular e genética que possam levar à diminuição da incidência e da mortalidade por ICC. Outra modificação importante na abordagem do paciente com ICC diz respeito à equipe de trabalho. Cada vez mais, a literatura aponta para a necessidade do trabalho interdisciplinar, sendo comprovada a importância da função do enfermeiro na mudança da história natural da doença, através do seu cuidado sistematizado. A visão global do paciente proporcionada pela forma de pensar da enfermagem e sua ciência tem sido vista como promissora na abordagem deste paciente.

2.1.1 Avaliação Diagnóstica de Acordo com Diretriz 2012 de ICC

Os pacientes com ICC podem apresentar-se de três formas: com síndrome de diminuição de tolerância aos esforços, como síndrome de retenção de líquidos ou apenas com achados de disfunção diastólica assintomática. É mais comum em mulheres e idosos e, em muitos casos, é difícil a caracterização dos sintomas como devida à ICC, decorrente de comorbidades que podem ocasionar quadro clínico semelhante. Os pacientes idosos e obesos, frequentemente, apresentam doença pulmonar obstrutiva crônica, sedentarismo e varizes de membros inferiores, que podem simular sintomas observados na ICC. Na prática clínica, a primeira etapa é identificar se o sintoma do paciente é decorrente ou não da insuficiência cardíaca (BOCCHI, 2012).

O eletrocardiograma pode apresentar sinais de hipertrofia ventricular esquerda e/ou sinais de áreas com inatividade elétrica. O achado de um eletrocardiograma completamente normal sugere a possibilidade de uma outra condição não cardíaca, para explicar a origem dos sintomas. A radiografia de tórax pode demonstrar sinais de hipertensão venocapilar e cardiomegalia. A dosagem do peptídeo natriurético do tipo B vem sendo progressivamente incorporada a investigação de pacientes com suspeita de ICC. O nível de peptídeo natriurético do tipo B está elevado em pacientes com ICC e, recentemente, também observado nos pacientes. Portanto o peptídeo natriurético do tipo B é útil para diferenciar a ICC de outras condições que podem mimetizar seus sinais e sintomas: doença pulmonar obstrutiva crônica, obesidade e doença venosa crônica (BOCCHI, 2010).

A próxima etapa diagnóstica é a identificação da anormalidade estrutural responsável pelo quadro de insuficiência cardíaca. Embora a história e o exame físico possam fornecer importantes informações sobre a natureza da anormalidade cardíaca de base, a identificação da anormalidade estrutural responsável pela insuficiência cardíaca requer, obrigatoriamente, um método de imagem e o método mais utilizado na avaliação de pacientes é a

ecodopplercardiografia, hoje, método considerado indispensável na avaliação de todo paciente com suspeita da síndrome, conforme recentes diretrizes de Sociedades Internacionais, como a Sociedade Européia de Cardiologia, American College of Cardiology e American Heart Association etambém da diretriz de insuficiência cardíaca da Sociedade Brasileira de Cardiologia (BOCCHI, 2012).

O ecocardiograma é útil também na pesquisa de doenças cardíacas causadoras dos sintomas da síndrome e que podem cursar com fração de ejeção normal, como valvopatias aórtica e mitral hemodinamicamente significativas, e pericardiopatias. É sempre importante procurar a etiologia, porque algumas causas podem ser reversíveis ou tratáveis. A identificação e controle da hipertensão arterial, hipertireoidismo, anemia, insuficiência mitral transitória, estenose aórtica significativa, pericardite constrictiva e principalmente da isquemia miocárdica, assim como, a exclusão de doença pulmonar obstrutiva crônica e de insuficiência renal é parte fundamental da avaliação diagnóstica dos pacientes com ICC (BOCCHI, 2012).

2.2 Atuação do Enfermeiro ao Cliente Acometido por ICC

Observa-se que a produção mundial de estudos de enfermeiros sobre a ICC é expressiva, porém, quando a produção brasileira é comparada à de enfermeiros de outros países, tratando dos mais diversos aspectos da interação do enfermeiro junto ao paciente com ICC, nossa produção ainda é restrita.

Tabela 1 Produção científica de enfermagem relacionada à insuficiência cardíaca congestiva nas bases de dados Medline e LILACS/BDENF, de 1966 a 2004.

PERÍODO	MEDLINE	LILACS/BDENF
1966-69	15	0
1970-79	66	0
1980-89	98	5
1990-99	310	9
2000-04	230	3
TOTAL	719	17

Fonte: Bases de dados Medline e LILACS/BDENF, de 1966 a 2004.

O trabalho do enfermeiro tem ganhado destaque nas últimas décadas. Os tratamentos farmacológicos da ICC tem avançado a cada dia. Este fato é evidenciado através do maior entendimento da fisiopatologia, advento de novas drogas com melhores resultados para o indivíduo acometido por ICC. As terapêuticas não farmacológicas também tem demonstrado respostas significativas para manter a estabilidade destes pacientes. O Surgimento de novas técnicas com a atuação do profissional enfermeiro vem possibilitando a implantação programas de educação para saúde e melhores. Como resultados do cuidado mais efetivo de enfermagem a pacientes com ICC, evidencia: redução da re-internação, do tempo de internação do custo do tratamento e da mortalidade; e, melhora: do padrão funcional e da qualidade de vida (FERREIRA, 2009).

Mackenzie et al. (2005), Franchini (2009) e Ferreira (2009), apontam que o enfoque no tratamento não farmacológico da ICC é uma fator relevante para promoção de educação e do autocuidado promovido por enfermeiros. Nesse momento o paciente é educado sobre a ICC, as medicações que devem ser utilizados, a importância da dieta com baixo teor de sódio, da auto-monitorização e da descompensação e da adesão a esses fatores. O conhecimento da doença e do tratamento pode ajudar o paciente a aderir melhor ao tratamento e ao autocuidado.

Devido a cronicidade e ao caráter progressivo da ICC, tem havido um interesse cada vez maior, por parte de enfermeiros em avaliar a qualidade de vida desses pacientes para buscar medidas de intervir de forma positiva e eficaz na sua adaptação à nova condição de vida.

Para melhor diagnóstico da ICC, a diretriz de cardiologia de 2012 recomenda levantamento da história pregressa de ICC na família, caso novo ou em tratamento, realizar anamnese criteriosa levando em consideração fatores de risco familiar para ICC como história de infarto agudo do miocárdio, história de hipertensão arterial sistêmica, suspeita de cardiopatia isquêmica, história de ingestão > 90g/dia de álcool (8 doses) por > 5 anos, história de miocardite viral recente (<2 meses); realização de exame físico, buscando evidências que levam a determinação da doença, ausculta dos pulmões para detectar estertores e sibilos, ausculta do coração para perceber um batimento cardíaco B3 é um sinal de que o coração está começando a falhar e que o volume sanguíneo aumentado enche o ventrículo a cada batimento, a frequência e o ritmo cardíaco também são registrados, a distensão venosa da jugular deve ser avaliada (maior que três centímetros acima do ângulo esternal é considerado anormal), avaliar a perfusão do paciente e a presença de edemas, o fígado é avaliado quanto ao refluxo hepatojugular (o paciente é solicitado a respirar normalmente enquanto pressão manual é aplicada sobre o quadrante superior direito do abdome por 30 a 60 segundos,

quando a distensão das veias do pescoço aumenta mais de um centímetro, o achado é positivo para pressão venosa aumentada), é importante a enfermeira(o) saber se o paciente ingeriu mais líquido do que excretou (balanço hídrico positivo), o que então, é correlacionado como ganho de peso; realizar RX de tórax, ECG (atentando-se para as alterações), exame laboratorial (BOCCHI, 2012).

Segundo Brunner & Suddarth (2010), apesar dos avanços nas condutas médicas e cirúrgicas para a ICC, a mortalidade permanece alta. As enfermeiras(os) podem fazer uma importante diferença na promoção de resultados positivos. Nos ambientes de internação e ambulatorial, as intervenções de enfermagem para o paciente com ICC incluem as seguintes:

- Administrar medicamentos conforme prescrição médica e avaliar a resposta do paciente ao regime farmacológico;
- Avaliar o balanço hídrico, incluindo a ingesta e débito, com a meta de otimizar o estado volumétrico;
- Pesar diariamente o paciente no mesmo horário, comumente pela manhã, após urinar, monitorar o ganho de 900g a 1.350kg em um dia ou de 2.250kg em uma semana;
- Auscultar os sons pulmonares para detectar um aumento ou uma diminuição nos estertores pulmonares;
- Determinar o grau de distensão venosa jugular (DVJ);
- Identificar e avaliar a gravidade do edema;
- Monitorar a frequência de pulso e a pressão arterial; verificar se há hipotensão postural decorrente da desidratação;
- Examinar o turgor da pele e as mucosas para observar os sinais de desidratação;
- Avaliar sintomas da sobrecarga hídrica (ortopnéia, dispnéia paroxística noturna, dispnéia de esforço);
- Monitorar e tratar as complicações potenciais associadas à terapia da ICC: devido ao uso do diurético, diurese profunda podendo levar a hipocalemia, a hipercalemia pode acontecer devido ao uso de inibidores de ECA.

2.3 A Assistência Sistematizada de Enfermagem (SAE)

Para a implantação e operacionalização do cuidar o enfermeiro usa o método da Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE. Esta sistematização possibilita que os enfermeiros identifiquem a presença das necessidades humanas básicas afetadas nos pacientes

internados nas unidades específicas e, assim, com conseqüentes diagnósticos classificados e respectivas intervenções de enfermagem estabelecidas, a equipe de enfermagem consegue prestar uma assistência planejada fundamentada em conhecimentos, viabilizando um cuidado objetivo e individualizado. Foi assim que a partir da década de 80 surgiram as primeiras preocupações em compreender e utilizar a SAE, enfocando como atividade privativa do enfermeiro a prescrição de enfermagem. Inicialmente em 2002 e posteriormente pela Resolução COFEN 358/2009, os esforços para implementá-la tomaram impulsos, determinou a obrigatoriedade da SAE nas instituições públicas e privadas. Assim, tem-se o entendimento de que o processo de enfermagem ocorre em cinco etapas distintas, que são elas: Histórico - onde são coletados, validados e agrupados os dados do cliente; Diagnóstico - onde estes dados são analisados e interpretados; Planejamento - que corresponde à elaboração do plano de cuidados individual; Implementação - onde devem ser estabelecidas e implementadas as intervenções de enfermagem; Avaliação - onde os cuidados implementados e o plano como um todo são avaliados comparando-se os resultados esperados com os obtidos, podendo sofrer alterações ou não (RESOLUÇÃO COFEN 358/2009).

A SAE engloba etapas que devem ser seguidas para garantir a qualidade da assistência. No caso da assistência de enfermagem ao cliente acometido de ICC é de crucial importância que nenhuma etapa da SAE seja realizada de maneira errônea e/ou incompetente. A primeira é a anamnese que reúne o conjunto de todas as informações prestadas pelo paciente durante a entrevista. É extremamente necessário que todas as queixas do paciente sejam anotadas para um diagnóstico de enfermagem correto. A segunda etapa é o exame físico, parte integrante do processo de diagnóstico de ICC. A próxima etapa dentro da SAE é o diagnóstico de enfermagem de acordo com a classificação internacional da NANDA. Seguem-se após o diagnóstico, a intervenção para cada diagnóstico. Por último o resultado esperado dentro de cada intervenção realizada.

A ICC é uma doença que está com um aumento significativo dentre as causas de internações na população mundial. A identificação dos fatores desencadeantes levam a um diagnóstico e tratamento precoces, aumentando os prognósticos positivos de seus portadores. Sendo assim o enfermeiro desempenha um papel fundamental tanto no diagnóstico precoce quanto no tratamento e evolução do cliente. A sistematização da assistência de enfermagem contribui de forma elementar para que o cliente possa, dentro da sua evolução, retornar as suas funções cardíacas normais.

Segundo Bacal (2009) o planejamento de alta de forma inadequada e o não seguimento das orientações dadas são apontados como fatores de re-hospitalização de pacientes com

insuficiência cardíaca, o que demonstra a importância do plano de alta para a melhora da qualidade de vida desses pacientes. O plano de alta realizado pelo enfermeiro deve ser individualizado. A falta de comunicação entre os enfermeiros e paciente/cuidador dificulta o plano de cuidados. Na documentação de enfermagem devem aparecer as instruções de alta e a habilidade do paciente para compreendê-la. Fatores que podem contribuir para a falha no plano de alta: poucos enfermeiros por turno e elevado número de pacientes para cuidar. O enfermeiro também deve avaliar as necessidades financeira, de segurança e psicossocial que podem prejudicar a habilidade de o paciente e família seguirem o plano de alta. Isso diminui as taxas de reinternações.

O relacionamento entre enfermeiro e paciente é importante na solução de problemas e fornece cuidado e educação para promover ao paciente o efetivo autocuidado. A comunicação aberta e confiável facilita o cuidado, fornece educação e organiza o plano de alta. Os enfermeiros também podem avaliar, além do aspecto físico, as necessidades emocionais e sociais, para uma visão holística.

O plano de alta realizado pelos enfermeiros deve conter recomendação dietética, horários da medicação e controle do peso, ressaltando que orientações de dieta são de atribuição do profissional nutricionista. Educar o paciente para o conhecimento da doença, relação entre terapia farmacológica e doença, relação entre comportamento saudável e doença e sinais e sintomas da descompensação. As orientações e a educação dos pacientes são usadas no plano de alta hospitalar como medidas para o autocuidado do paciente. O plano de alta da enfermagem deve ser entregue por escrito e conter informações tal qual lista de medicação, dosagem e efeitos colaterais, dieta, restrição de sódio e água, controle do peso diariamente, informações sobre vacina pneumococo/influenza, exercício, consultas de seguimento, parar de fumar, evitar ingestão de álcool e anti-inflamatório não esteroide e o que fazer se os sintomas piorarem, a fim de reduzir re-hospitalizações e custos.

Andrietta et al. (2011) conclui que a ICC exige dos enfermeiros serem educadores em saúde, com ações preventivas e/ou terapêuticas, que ajudem no autocuidado dos pacientes, para melhorar o déficit de conhecimento relacionado a doença, aceitação da doença e adesão a terapêutica medicamentosa.

2.4 Teoria do Auto Cuidado e o Cuidado Sistematizado de Enfermagem

A teoria de Dorothea Orem publicada em 1985 descreve que as pessoas desejam e podem se tornar aptas ao seu autocuidado, podendo os profissionais de enfermagem assumir

esta tarefa quando não estão em condições de fazê-lo. A atuação do enfermeiro mediante a compreensão de que o ser humano deve ser visto em três requisitos de autocuidado (universais, desenvolvimentais e nos desvios da saúde), cuja interação enfermeiro-pessoa é fundamental para o estabelecimento e alcance de metas de saúde, propiciando o desenvolvimento de potencialidades no cliente, pessoa e comunidade (LEOPARDI, 1999)

O cuidar/cuidado é o núcleo da prática cotidiana de enfermagem, a qual permite a manifestação de vários meios e características e o surgimento de seus métodos e instrumentos de trabalho. Para realizar as atividades de cuidado, o enfermeiro necessita de instrumental conceitual e técnico para abordar a realidade da prática. O método é a organização, a sistemática racional de ações para alcançar os objetivos da assistência (CAVALCANTI, 2007).

Este estudo operacionalizou a assistência de enfermagem ao cliente acometido por ICC, utilizando como teoria norteadora o autocuidado de Orem, sendo aplicada nas seguintes etapas: levantamento de dados, diagnóstico e planejamento da assistência de enfermagem. Esta teoria é desenvolvida em três partes relacionadas: autocuidado, déficit do autocuidado e sistemas de enfermagem. O autocuidado (AC) inclui a ação, a capacidade e as exigências terapêuticas de autocuidado, bem como os seus requisitos. O AC é 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 outros. Já os sistemas de enfermagem, é a capacidade do cliente em desempenhar as ações do AC. Existem três sistemas de enfermagem: o totalmente compensatório (incapacidade de realizar AC); o parcialmente compensatório (ação limitada no autocuidado, enfermeiro e indivíduo executam cuidados); e o sistema de apoio-educação (cliente tem potencial para executar e deve aprender a executar ações de autocuidado) (CAVALCANTI, 2007).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo descritivo e analítico exploratório de abordagem quantitativa, que busca avaliar o conhecimento dos enfermeiros sobre o cuidado sistematizado de enfermagem ao cliente acometido por ICC, que atuam nas unidades de clínica médica e emergência de um hospital público do Recôncavo da Bahia.

Segundo Gil (2007, p. 41-42), o estudo de cunho exploratório propicia uma maior familiaridade com o problema, tornando-o mais claro, o que facilita “a construção de hipóteses e o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições, envolvendo levantamento bibliográfico e entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado”. Para esse mesmo autor a pesquisa descritiva tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno com a utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, sendo assim, essa pesquisa avalia o conhecimento do enfermeiro sobre o cuidado sistematizado de enfermagem ao cliente acometido por ICC.

Com relação ao modo descritivo, segundo Silva (2001) este tipo de pesquisa visa descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Envolve o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados: questionário e observação sistemática. Neste estudo optamos pela elaboração de questionário.

Segundo Minayo (2007) a pesquisa quantitativa busca a explanação das causas, por meio de medidas objetivas, testando hipóteses, utilizando-se basicamente da estatísticas, traduzindo em números as opiniões e as informações para classificá-las e analisá-las através de recursos e de técnicas estatísticas (percentagem, média, moda, mediana, desvio-padrão, coeficiente de correlação, análise de regressão, etc). Dessa forma, o estudo analisa e quantifica o nível de conhecimento do enfermeiro sobre o cuidado sistematizado de enfermagem ao cliente acometido por ICC.

3.2 Cenário Da Pesquisa

A área de estudo delimitada para a realização das atividades foi um hospital público do Recôncavo da Bahia, equipado para realizar atendimentos de média e alta complexidade, foi inaugurado no dia 21 de dezembro de 2009 com o propósito de atender toda a região do Recôncavo Baiano, está localizada no município de Santo Antônio de Jesus (90.985

habitantes aproximadamente – DATASUS, 2011), microrregião de Santo Antônio de Jesus, com (436.670 habitantes – DATASUS, 2011) distribuídos por 23 municípios, está estruturado com perfil de Hospital de Referência Microrregional de Santo Antônio e Jesus (BAHIA, 2011).

Considerado como uma unidade de médio porte, integra a rede de hospitais públicos do Estado da Bahia e funciona com capacidade operacional máxima de 146 leitos, distribuídos nas enfermarias de: Clínica Pediátrica (33 leitos), Clínica Cirúrgica (51 leitos), Clínica Médica (36 leitos), Clínica Psiquiátrica (06), e UTI Geral Adulto (20 leitos). Dispõe de Centro Cirúrgico (05 salas), Sala de Endoscopia (02), Centro de Recuperação Pós-Anestésica (CRPA – 05 leitos), Central de Material Esterilizado (CME), Serviços de Farmácia, Lavanderia, Almoxarifado, Nutrição, Manutenção Geral e Arquivo de Prontuários de Paciente e Estatística (BAHIA, 2011).

A clínica médica está localizada no segundo andar do hospital sendo o acesso através de elevadores e escadas. A clínica possui 31 leitos de internação distribuídos em 12 enfermarias, sendo que 9 enfermarias possuem 2 leitos cada uma, 3 enfermarias com 4 leitos e 01 leito destina-se a isolamento. Não existe identificação de enfermaria masculina e feminina, tal definição ocorre de acordo com a demanda, não podendo ficar na mesma enfermaria pacientes do sexo oposto. Todas contêm um único banheiro para clientes e acompanhantes. Dessa forma, a unidade de clínica médica possui um quadro de recursos humanos formado por 9 enfermeiros (as) com plantão de 24 horas, sendo alocadas 2 enfermeiras por plantão, ficando um (a) enfermeiro (a) responsável pela gerência e assistência e a outra pela assistência de toda a unidade. Possui ainda 12 técnicos de enfermagem sendo distribuídos em um quantitativo de 3 a 4 técnicos por plantão de 24 horas.

A Emergência desse Hospital público de grande porte, conta com atendimento de média e alta complexidade, localizado no município de Santo Antônio de Jesus - Bahia. Esta organização foi criada com objetivo oferecer assistência a 40 municípios do Recôncavo Baiano, com serviços ambulatoriais, internação, regulação, urgência e vigilância em saúde. A emergência do referido hospital é uma unidade que proporciona serviços de atendimento durante as 24 horas com sala de triagem para classificação de risco e garante aos clientes a oferta de atendimento referente à clínica geral, clínica cirúrgica, traumatologia, ortopedia, pediatria além dos serviços de imagem como raios-x e tomografia computadorizada. Oferece um quantitativo de 22 leitos os quais são distribuídos em 02 leitos para pacientes em situações de emergência na sala de reanimação, 03 leitos para pacientes instáveis e/ou críticos distribuídos na sala de estabilização, 17 leitos para pacientes hemodinamicamente estáveis

sendo divididos em enfermarias femininas e masculinas. Dessa forma, a unidade de emergência possui um quadro de recursos humanos formado por duas enfermeiras coordenadoras com carga horária de 36 horas/ plantão diário, 10 enfermeiros (as) com plantão de 24 horas, sendo alocadas 3 enfermeiras por plantão, ficando um (a) enfermeiro (a) responsável pelo atendimento de enfermagem na sala de triagem com classificação de risco e outros dois responsáveis pela gerência e assistência de toda a unidade. Possui ainda 37 técnicos de enfermagem sendo distribuídos em um quantitativo de 6 a 8 técnicos por plantão de 24 horas.

3.3 População do Estudo

Do total de 28 enfermeiros, foram selecionados 24, após atenderem aos critérios estabelecidos: enfermeiros que atuam na clínica médica e na unidade de emergência, que aceitaram participar livremente da pesquisa mediante assinatura do TCLE (APÊNDICE A), bem como se comprometeram em preencher de maneira fidedigna todas as perguntas do questionário e devolvê-lo para o pesquisador.

Como critério de inclusão apresentou-se a Enfermeiros que atuam na clínica médica e na unidade de emergência, que aceitaram participar livremente da pesquisa mediante assinatura do TCLE, bem como se comprometeram em preencher de maneira fidedigna todas as perguntas do questionário e devolvê-lo para o pesquisador. Como critério de exclusão apresentou-se a Enfermeiros que estivessem de férias, licença de qualquer natureza e que não aceitassem participar da pesquisa e assinar o TCLE.

Participaram dessa pesquisa 24 enfermeiros que atuam diretamente na assistência dos pacientes acometidos por ICC. Dentre eles, 16 enfermeiros trabalham na unidade de emergência e 08 na clínica médica.

Foram excluído do estudo, 04 enfermeiros, 01 da emergência e 01 da Clínica médica que não devolveram o instrumento de coleta de dados e 02 que atuavam na UE não foram localizados no período da coleta de dados.

3.4 Instrumentos de Coleta de Dados

O instrumento utilizado para coleta foi o questionário estruturado (APÊNDICE B) contendo dados do perfil do profissional e 10 questões que verificaram o conhecimento dos enfermeiros sobre o cuidado sistematizado de enfermagem com o cliente acometido por ICC.

No perfil profissional foram verificados: pseudônimo, idade, sexo, ano de formação, instituição formadora, tempo de atuação na unidade e se atua em outra área que não a hospitalar. Nas questões verificaram o conhecimento do enfermeiro desde o contato na graduação com a patologia ICC, se já acompanhou algum cliente com ICC, se sente preparado para cuidar de um cliente com ICC, até conhecimento teórico como: sinais, sintomas, exames solicitados, como melhor atender o cliente, esquema terapêutico, comorbidades associadas e os cuidados de enfermagem para um cliente acometido por ICC

3.6 Procedimento de Coleta de Dados

Inicialmente o projeto da pesquisa juntamente com o TCLE foi entregue a coordenação de enfermagem da instituição da pesquisa para que fosse submetida a apreciação e autorização do seu Comitê de Ética, que emitiu termo de anuência (ANEXO A), o qual declara que instituição liberou o campo para a pesquisa, sendo assim, o projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia e, somente após sua aprovação a coleta de dados foi iniciada.

Para iniciar a coleta de foi entregue o parecer consubstanciado (ANEXO B) do Comitê de Ética e pesquisa da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, para coordenadora de enfermagem do campo de estudo, sendo acordado com a mesma o horário e data de início da aplicação dos questionários.

A coleta de dados foi realizada no mês de setembro de 2013. A participação dos sujeitos da pesquisa deu-se mediante uma explicação prévia pelo pesquisador sobre os objetivos do estudo, bem como os instrumentos a serem utilizados, deixando explícito que a participação era voluntária, sendo garantido o direito dos sujeitos de não quererem participar da pesquisa ou de desistirem da participação em qualquer momento, sem sofrer nenhum prejuízo ou punição. Para a coleta de dados, a aplicação do questionário foi previamente agendada no local de trabalho respeitando a disponibilidade de horário dos sujeitos. Os sujeitos da pesquisa receberão pseudônimos como: a primeira letra do nome enfermagem e o número por ordem crescente de realização das entrevistas (E1, E2, E3...). Após o consentimento do sujeito na pesquisa foi entregue um envelope contendo os instrumentos de coleta de dados e duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), explicando que ficaria uma das vias com o participante e a outra com os pesquisadores.

Dessa forma, foi acordado entre o pesquisador e os participantes uma data para realizar a entrega do instrumento de pesquisa, pois na maioria das vezes era impossível preencher o instrumento durante o período de serviço. Procedeu-se a conferência dos dados, no momento que os instrumentos foram recolhidos.

3.7 Análise de Dados

Os dados do perfil profissional do enfermeiro e as informações sobre o conhecimento do enfermeiro acerca do cuidado sistematizado de enfermagem ao cliente acometido por ICC, bem como as respostas dos instrumentos foram digitadas e compiladas no programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), Windows versão 20.

Por se tratar de um estudo de natureza quantitativa, a análise de dados foi realizada através de epidemiologia descritiva univariada, utilizando-se medidas de frequência absoluta, frequência relativa e média. Para avaliar o conhecimento do enfermeiro sobre o cuidado sistematizado de enfermagem ao cliente acometido por ICC, foi realizado a caracterização do sujeito por pseudônimo, uma associação entre as variáveis tempo de atuação e acertos de questões e sentir preparado para acompanhar cliente com ICC versus total de acertos em cada questão, cálculo da média percentual de acertos dos enfermeiros da clínica médica e emergência.

3.8 Aspecto Ético

O presente estudo foi planejado obedecendo às exigências das Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos, em conformidade com as normativas do Conselho Nacional de Saúde, Resoluções CNS nº 466/2012. Dessa forma, foi esclarecido aos colaboradores da pesquisa que as informações fornecidas não seriam identificadas em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa fossem divulgados pelos pesquisadores, não sendo obrigado registrar o nome ou qualquer documentação de identificação no instrumento da pesquisa, garantindo o anonimato e a privacidade dos participantes e da instituição.

Os sujeitos também foram comunicados sobre os riscos da pesquisa, deixando explícito que os mesmos poderiam sentir cansaço pelo tempo gasto no preenchimento do questionário. Quanto aos benefícios da pesquisa são de proporcionar a discussão e a reflexão sobre a temática proposta, aumentar os conhecimentos científicos para área da saúde, visando

despertar nos profissionais envolvidos o interesse pelo tema e o aperfeiçoamento de suas práticas, além de contribuir com sugestões para atuação do enfermeiro no cuidado ao cliente acometido por ICC

Os participantes foram informados que os resultados da pesquisa seriam encaminhados para a coordenação de enfermagem do lócus de estudo, publicados e divulgados em revistas e eventos científicos e que dados contidos no questionário ficariam sob a guarda e responsabilidade do pesquisador, e estariam à disposição dos sujeitos do estudo por até cinco anos. Passado este período os mesmos seriam incinerados.

Para confirmar a participação na pesquisa os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando uma das cópias devidamente assinado com o participante e outra com o pesquisador.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Caracterização da População do Estudo

A população do estudo constituiu-se de 24 (100%) enfermeiros, sendo que 16 (66,7%) dos enfermeiros atuam na unidade de emergência e 08 (33,3%) atuam na unidade de clínica médica. Na tabela 2 apresentam-se as características do perfil profissional desses enfermeiros que atuam nas unidades de clínica médica e emergência de um hospital público da Bahia. Foi possível observar que a maioria (70,8%) dos enfermeiros eram do sexo feminino. Resultados semelhantes foram observados no estudo brasileiros que evidenciaram maior predomínio do sexo feminino entre os profissionais de enfermagem que atuam no cuidado sistematizado ao cliente acometido por ICC (BALDUINO et al., 2009).

De acordo com Panizzon et al. (2008), na área de enfermagem o elevado número de profissionais do sexo feminino, vem sendo demonstrado em vários estudos, o que reflete a realidade observada na distribuição dos trabalhadores dessa categoria, que o número de mulheres é predominantemente maior quando comparada com do sexo masculino.

Coelho (2005) salienta em seu estudo que embora a evolução histórica da enfermagem, tenha sido construída exclusivamente como uma prática feminina, ao longo dos anos essa realidade tem mudado com a inserção dos homens cada vez mais na profissão, representando rupturas importantes com estereótipos de gênero relacionados à prática do cuidado.

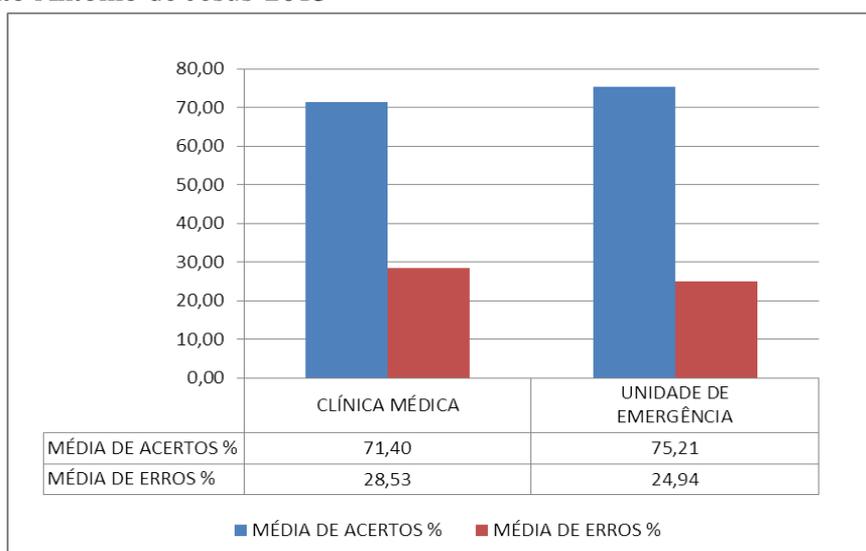
A idade dos entrevistados variou entre 20 a 35 anos, predominando as faixas etárias de 25 a 30 anos, com 12 participantes e com percentual (50%), seguido de 08 (33,3%) com faixa etária de 20 a 25 anos, 4 (16,7%) entre 30 a 35 anos. Sendo assim a média da idade dos enfermeiros é de 27 anos de idade. Em relação ao tempo de formação observou que a maioria (75%) dos enfermeiros tinha de 1 a 5 anos de formados e apenas 05 (20,8%) tinha menos de 01 ano de formado. Quando estratificado o tempo de atuação na unidade, observou-se que 12 (50%) dos enfermeiros tem menos de 1 ano que atuam na unidade e 50% tem de 1 a 5 anos.

Tabela 2 Características dos enfermeiros de clínica médica e emergência, de um hospital público da Bahia- Santo Antônio de Jesus, 2013.

Variável	Enfermeiro	
	N	%
Sexo (n=24)		
Masculino	07	29,2
Feminino	17	70,8
Total	24	100
Faixa Etária (n=24)		
20 a 25 anos	08	33,3
25 a 30 anos	12	50,0
30 a 35 anos	04	16,7
Total	24	100
Tempo de formado (n=24)		
Menos de 1 ano	05	20,8
1 a 5 anos	18	75,0
6 a 10 anos	01	4,2
Total	24	100
Instituição Formadora (n=24)		
Particular	15	62,5
Pública	09	37,5
Total	24	100
Unidade que atua (n=24)		
Emergência	16	66,7
Clínica médica	08	33,3
Total	24	100
Tempo de atuação na Unidade (n=24)		
Menos de 1 ano	12	50,0
1 a 5 anos	12	50,0
Total	24	100,0

Fonte: Dados da pesquisa

Gráfico 1 Distribuição da porcentagem de acertos e erros dos enfermeiros por unidade de atuação- Santo Antônio de Jesus-2013



Fonte: Dados da pesquisa

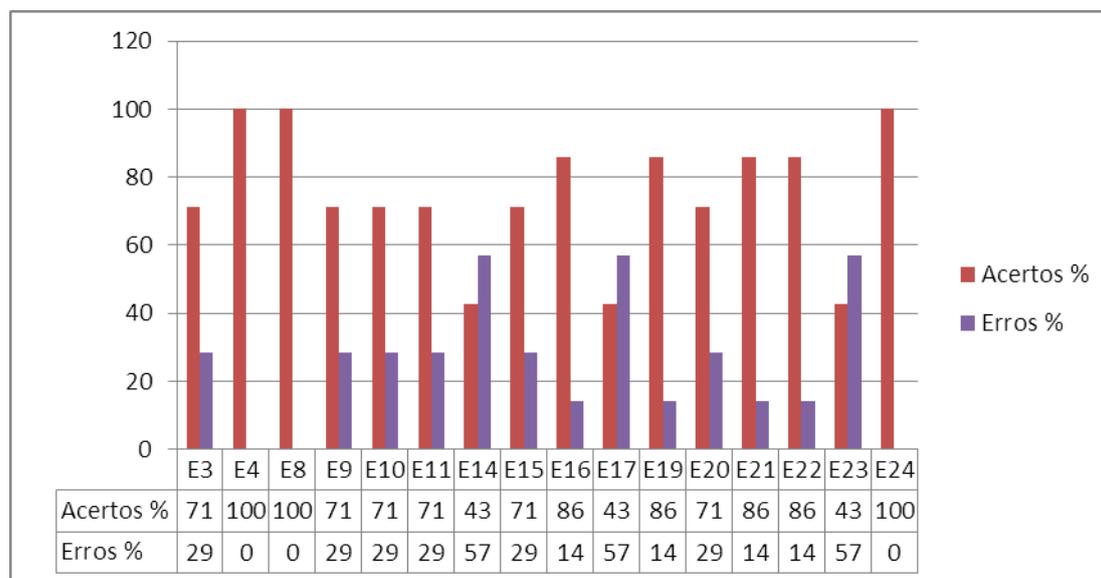
No gráfico 1, observa-se a média de acertos e erros dos enfermeiros por unidade de atuação em clínica médica e emergência, segundo o conhecimento sistematizado de enfermagem ao cliente acometido por ICC a luz da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca-2012. A partir da análise dos achados, foi possível constatar que os enfermeiros da unidade de emergência obtiveram (75,21%) dos acertos e (24,94%) dos erros. Diferenciando-se dos resultados encontrados entre enfermeiros da unidade de clínica médica que acertaram (71,40%) e erraram (24,94%).

Gráfico 2 Distribuição de acertos e erros dos enfermeiros da clínica médica sobre conhecimento de cuidar do cliente com ICC, segundo a luz da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Congestiva - 2012. Santo Antônio de Jesus, 2013



Fonte: Dado da pesquisa

Gráfico 3 Distribuição de acertos e erros dos enfermeiros da unidade de emergência sobre conhecimento de cuidar do cliente com ICC, à luz da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Congestiva-2012 - Santo Antônio de Jesus- 2013



Fonte: Dado da pesquisa

Ao avaliar os gráficos 2 e 3 podemos observar a quantidade de acertos e erros dos enfermeiros da clínica médica e emergência, levando em consideração que os enfermeiros da unidade de clínica médica entrevistados totalizaram 8 enquanto que os enfermeiros entrevistados da unidade de emergência foram 16, o que nos leva a avaliar que quanto maior o número de enfermeiros entrevistados maior sua probabilidade de acertos. Quando comparados os dois gráficos acima conclui-se que houve um impacto significativo quando comparados as duas unidades, um enfermeiro entrevistado da clínica médica acertou (71,4%) das alternativas propostas, enquanto que na emergência seis enfermeiros entrevistados acertaram a mesma porcentagem. Na unidade de clínica médica um enfermeiro acertou acima 80% contrapondo com quatro enfermeiros da unidade de emergência que acertaram (86%).

Latado et al. (2006) salienta que o conhecimento prévio do enfermeiro sobre ICC, é de fundamental importância uma vez que interfere na promoção da saúde do cliente, identifica os fatores que desencadeiam o diagnóstico e o tratamento precoce, aumentando o prognóstico positivo de seus portadores. Dessa forma apropriar-se dos sinais e sintomas que acometem um cliente portador de ICC, saber identificar qual a sequência correta de atendimento na sua unidade de atuação quando se deparar com cliente com ICC, saber qual a sequência dos exames confirmatórios dessa patologia, quais as comorbidades que podem estar associadas com ICC, qual a sequência correta da terapêutica indicada para ICC, contribui positivamente

na sistematização da assistência de enfermagem possibilitando ao cliente dentro da sua evolução um retorno satisfatório das suas funções cardíacas.

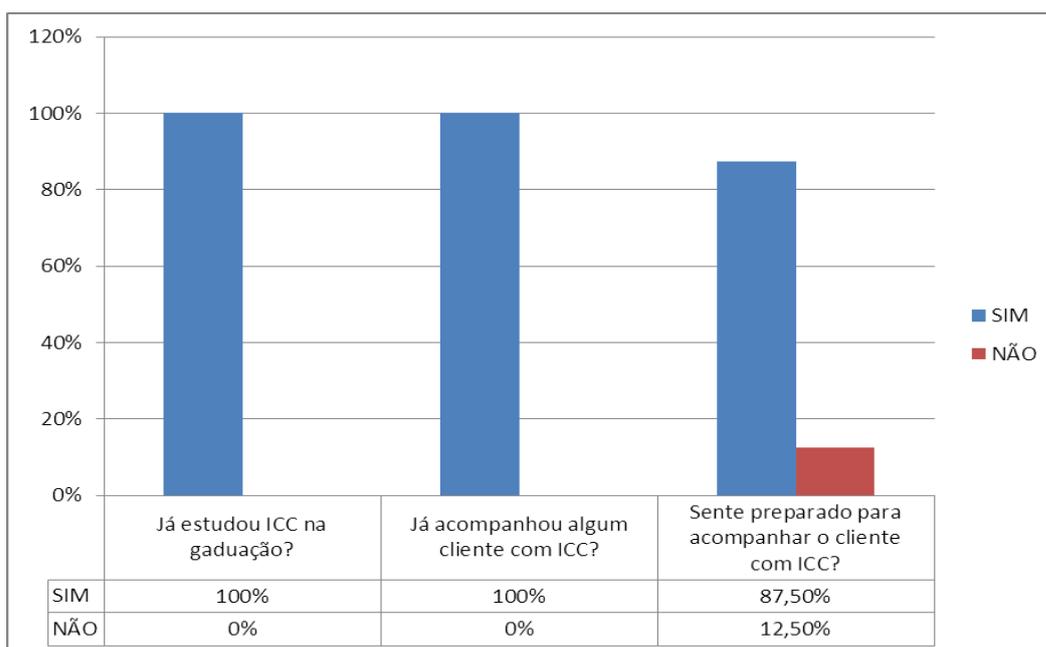
4.2 Conhecimento do Enfermeiro sobre o Cuidado Sistematizado de Enfermagem ao Cliente Acometido por ICC

Com relação à distribuição dos enfermeiros segundo o conhecimento prévio sobre o cuidado sistematizado de enfermagem ao cliente acometido por ICC pode-se observar que 24 (100%) dos enfermeiros relataram ter estudado ICC durante a graduação. 100% disseram já ter acompanhado algum cliente com ICC e 85,50% revelaram sentir-se preparados para acompanhar o cliente com ICC (GRÁFICO 4).

Para Ferreira (2009) o trabalho do enfermeiro tem ganhado destaque nas últimas décadas, uma vez que, o tratamento farmacológico da ICC tem melhorado a cada dia, porém o tratamento não farmacológico tem demonstrado ser cada vez mais importante, justificando o desenvolvimento de clínicas e programas de ICC, a maioria, administrados por enfermeiros, que detêm o manejo das intervenções não farmacológicas. Como resultados do cuidado de enfermagem a pacientes com ICC, têm sido relatados: redução da re-internação, do tempo de internação, do custo do tratamento e da mortalidade e, melhora do padrão funcional e da qualidade de vida.

De acordo com Balduino et al. (2009) é possível verificar a noção de cuidar dos enfermeiros através da sua atenção aos sinais, sintomas e complicações do adoecimento, bem como da terapêutica empregada. Nessa visão, o profissional tem conhecimento adequado dos princípios fisiológicos básicos que regem o funcionamento do sistema cardiocirculatório. Os relatos evidenciam que o enfermeiro realiza o cuidar na execução das ações de enfermagem a pacientes com doença crônica cardíaca por meio de procedimentos técnicos, como observar sinais e sintomas a fim de evitar que o paciente apresente evolução para um quadro de complicações. Precisa saber identificá-los para manter o paciente estável, permitindo-lhe aguardar para realizar, se for o caso, um possível procedimento cirúrgico, um exame diagnóstico terapêutico ou até um procedimento intervencionista.

Gráfico 4 Apresentação das variáveis: estudou ICC na graduação, acompanhou cliente com ICC e se sente preparado para acompanhá-lo - Santo Antônio de Jesus - 2013



Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 3 Distribuição da quantidade de acertos dos enfermeiros de clínica médica e emergência, sobre sinais e sintomas apresentados por um cliente acometido por ICC - Santo Antônio de Jesus - 2013.

PONTOS AVALIADOS	(N=08)		(N=16)		(N=24)	
	C.M.		U.E.		TOTAL	
	ACERTOS	ACERTOS	ACERTOS	ACERTOS	ACERTOS	ACERTOS
	n	%	n	%	n	%
Sinais de ICC	7	87,50	11	68,75	18	75,00
Sintomas de ICC	6	75,00	11	68,75	17	70,83
Exames Diagnósticos	8	100,00	16	100,00	24	100,00
Sequência de Atendimento	7	87,50	13	81,25	20	83,33
Terapêutica	4	50,00	9	56,25	13	54,17
Comorbidades Associadas	3	37,50	10	62,50	13	54,17
Cuidados De Enfermagem	6	75,00	13	81,25	19	79,17

Fonte: Dados da pesquisa

Vários estudos brasileiros evidenciaram que o conhecimento do enfermeiro sobre o cuidar do paciente com ICC, desenvolve no profissional o pensamento crítico na prática de enfermagem, gera autonomia técnica, gerenciamento, individualização, uniformização, continuidade e avaliação do cuidado prestado através da promoção do cuidado humanizado, culminando em resultados de baixo custo, despertando nos enfermeiros o interesse contínuo de reavaliar suas atividades e decidir qual a melhor maneira de desempenhá-las (CAVALCANTI, 2009; BALDUINO et al., 2009; BOCCHI et al., 2009; BOCCHI et al., 2012).

Quando questionado aos enfermeiros das unidades de clínica médica e emergência sobre o conhecimento de ICC (TABELA 3), foi possível observar que na clínica médica (87,50% e 75%) dos enfermeiros acertaram os sinais e sintomas respectivamente apresentados por um cliente acometido por ICC, contrapondo com o total de acertos dos enfermeiros da emergência (68,75% e 68,75%) dos sinais e sintomas respectivamente apresentados por um cardiopata.

Os estudos de Bocchi (2005, 2009, 2012), Knobel (2010), corroboram que os sinais e sintomas são de grande importância para a suspeita clínica de ICC, mas isoladamente apresentam limitações de sensibilidade e/ou especificidade para o diagnóstico. Fazendo-se necessário a realização de exames subsidiários como Eletrocardiograma, que auxilia no diagnóstico etiológico e na avaliação seriada do paciente.

Ainda na Tabela 3, foi possível observar que tanto os enfermeiros de clínica médica quanto os enfermeiros da emergência (100%) responderam corretamente que diante a suspeita clínica de ICC os exames confirmatórios seriam RX de tórax, ECG, ECO e análise da função cardíaca.

Knobel (2010) aborda que a radiografia de tórax para a cardiomegalia é o achado mais frequente. Quando o índice cardiorácico for normal ou pouco aumentado, suspeita-se de ICC com função sistólica preservada. São alterações possíveis: derrame pleural predominante a direita e, na vigência de edema agudo de pulmão, infiltrado alveolar difuso em forma de asa de borboleta. A Ecocardiografia deve fazer parte da avaliação inicial da ICC, pois fornece informações tanto sobre a cardiopatia de base quanto sobre a condição funcional, devendo-se atentar para dilatação e/ou hipertrofia do ventrículo esquerdo, aumento dos átrios. Os exames laboratoriais, hemograma, eletrólitos, sorologia para doenças de Chagas, exame de função renal, hepática e tireoidiana são necessários na avaliação inicial de um paciente com ICC.

Bocchi (2012) através da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Congestiva-2012, trás a sequência recomendada para melhor atender o cliente acometido por ICC, na

Tabela 3 mostra que quando entrevistados quais seriam essa sequência correta (87,50%) dos enfermeiros da unidade de clínica médica acertaram, enquanto que (81,25%) dos enfermeiros da emergência relataram que a sequência correta seria: realização da anamnese, exame físico específico focado na patologia em questão, sugerir ou conferir o raio-x tórax, realizar ECG, e conferir exames laboratoriais.

Para realizar a anamnese se faz necessário obter informações prestadas pelo paciente é extremamente necessário que todas as queixas do paciente sejam anotadas para que o diagnóstico de enfermagem seja corretamente estabelecido. No exame físico é onde detectam as evidências que levam a determinação da doença. Embora a história e o exame físico possam fornecer importantes informações sobre a natureza da anormalidade cardíaca de base, a identificação da anormalidade estrutural responsável pela insuficiência cardíaca requer, obrigatoriamente, um método de imagem e o método mais utilizado na avaliação de pacientes é a ecodopplercardiografia, hoje, método considerado indispensável na avaliação de todo paciente com suspeita da síndrome, sendo útil na pesquisa de doenças cardíacas causadoras dos sintomas da síndrome e que podem cursar com fração de ejeção normal, como valvopatias aórtica e mitral hemodinamicamente significativas, e pericardiopatias. É sempre importante procurar a etiologia, porque algumas causas podem ser reversíveis ou tratáveis (BOCHI, 2012).

A identificação e controle da hipertensão arterial, hipertireoidismo, anemia, insuficiência mitral transitória, estenose aórtica significativa, pericardite constrictiva e principalmente da isquemia miocárdica, assim como, a exclusão de doença pulmonar obstrutiva crônica e de insuficiência renal é parte fundamental da avaliação diagnóstica dos pacientes com ICC (BOCHI, 2012)

Na tabela 3 constata ainda a análise no que se refere ao conhecimento do enfermeiro sobre o esquema estratégico de tratamento para uso de fármacos em clientes acometidos por ICC, dos enfermeiros entrevistados das unidades de clínica médica e emergência (50% e 56,25%) respectivamente acertaram a sequência correta conforme a diretriz de Insuficiência Cardíaca Congestiva de 2012.

Bocchi (2009) relata que os IECA (inibidores das enzimas conversoras de angiotensina) constituem um grupo de fármacos com comprovados benefícios na evolução de pacientes com ICC, tanto em relação à morbidade, como à mortalidade, o uso de IECA está fundamentado nas diferentes etiologias de ICC bem como em pacientes com disfunção ventricular esquerda pós-infarto do miocárdio. Os betabloqueadores associados a IECA determinam benefícios clínicos na mortalidade global, na morte por ICC e na morte súbita,

além de melhora dos sintomas e redução de reinternação por ICC, têm sido utilizados com objetivo de redução da progressão da disfunção ventricular, efeito de remodelagem reversa e redução de morte súbita, e, nos pacientes com fibrilação atrial crônica, para o controle da resposta ventricular.

Na III Diretriz de ICC, havia sugestão de que doses elevadas de diuréticos aumentariam a mortalidade. Embora planejado para ICC descompensada, estudo demonstrou que altas doses de diuréticos foram associadas à tendência de maior redução de sintoma sem diferença na função renal. Entretanto, maior perda de peso de líquidos e melhora da falta de ar foram balanceadas por maior proporção de pacientes com piora de função renal. A digoxina não é indicada para pacientes com piora da função renal, para aqueles que não estão evoluindo bem na vigência do tratamento medicamentoso otimizado ou que, em avaliação, documente-se que persistem com sinais de resistência periférica elevada, deve ser considerado como uma opção terapêutica para ser empregada em associação ao tratamento usual (BOCHI, 2009).

Em relação as comorbidades foi possível observar que (62,50%) dos enfermeiros da emergência acertaram quais as comorbidades estão associadas com a ICC e (37,50%) dos enfermeiros da clínica médica relaram e acertaram que Insuficiência renal crônica, anemia e diabetes melitus estavam associadas a ICC.

Bocchi (2012), salienta em seu estudo que a prevalência de insuficiência renal em pacientes de com ICC pode chegar a 29,6%. A associação de doença cardíaca e renal persiste como marcador de mau prognóstico em pacientes com ICC. Novos biomarcadores de lesão renal precoce, como cistatina C, pode estar associados a pior prognóstico mesmo em presença de creatinina normal. Entretanto não há intervenções específicas para a prevenção ou tratamento desta condição. Já a anemia é marcador de gravidade, inclusive na doença de Chagas. Ainda assim, persistem dúvidas quanto aos níveis alvo de hemoglobina na segurança do tratamento e administração da eritropoetina. Transfusão de hemácias não é recomendada rotineiramente e está associada a aumento de mortalidade. Em pacientes com deficiência de ferro com e sem anemia, a infusão de ferro venoso resulta em melhora da qualidade de vida e reduziu os índices de hospitalizações. A presença de diabetes melito constitui fator de risco para o desenvolvimento de ICC, sendo comum a associação destas condições. O tratamento da diabetes em pacientes com ICC ainda é alvo de controvérsia, dados recentes confirmam risco de piora da ICC com uso de tiazolidinedionas. Por outro lado, estudos têm demonstrado ser seguro o uso de metformina, com possível efeito benéfico sobre o prognóstico. Estudos

têm também chamado a atenção para possibilidade de piora de mortalidade associada ao controle muito intenso da glicemia.

Quando questionados aos enfermeiros da clínica médica e emergência respectivamente quais os cuidados que por ordem de necessidade do cliente seriam importantes (75% e 81,25%) relataram que seria manter o débito cardíaco adequado, otimizar a oxigenação, restaurar o equilíbrio hídrico e melhorar a tolerância a atividade física.

Em relação ao excesso do volume de líquido relacionado ao débito cardíaco reduzido, faz-se necessário que o profissional de enfermagem realize a ausculta pulmonar para verificar presença de creptos e roncosp, monitorizar o balanço hídrico de perto, pesar o paciente diariamente pois o ganho de peso pode indicar ganho de líquido, observar sempre as mudanças que o cliente apresentar as quais podem indicar piora da insuficiência cardíaca congestiva, tais como edema periférico elevado, distensão venosa da jugular elevada, desenvolvimento de som cardíaco B3, manter esse cliente acometido por ICC em repouso no leito para facilitar o movimento para os espaços intravasculares, monitoração frequente do ritmo e frequência cardíaca continuamente, monitorizar a função neurológica para avaliar se há perfusão cerebral adequada. Colocar o cliente na posição de fowler ou na semi-fowler para maximizar a excursão torácica e se for necessário ventilação mecânica, monitorizar os parâmetros do ventilador, a função do tubo e o estado respiratório.

Leopardi (1999) saliente que a atuação do enfermeiro mediante a compreensão de que o ser humano deve ser visto em três requisitos de autocuidado (universais, desenvolvimentais e nos desvios da saúde), cuja interação enfermeiro-pessoa é fundamental para o estabelecimento e alcance de metas de saúde, propiciando o desenvolvimento de potencialidades no cliente, pessoa e comunidade. Nesse sentido é de fundamental importância que o enfermeiro instrua o cliente a respeito do progresso de atividades prescritas depois da alta do hospital, advertindo quanto aos sinais de intolerância à atividade que sinalizam a necessidade de repouso e uso de nitroglicerinas profilático para reduzir a congestão do coração e dos pulmões, orientando-os atividades a um ritmo moderado, se ficar cansado durante qualquer atividade, pare para descansar por 15 minutos antes de recomeçar, evitar assim atividades que requeiram esforço.

Tabela 4 Distribuição do índice de associação dos acertos de quem se sente preparados e quem não se sente preparados para acompanhar o cliente acometido por ICC - Santo Antônio de Jesus - 2013.

PONTOS AVALIADOS	(N=21)		(N=03)		(N=24)	
	SE SENTEM PREPARADOS		NÃO SE SENTEM PREPARADOS		TOTAL	
	N	%	N	%	n	%
Sinais de ICC	16	76,19	2	66,67	18	75,00
Sintomas de ICC	14	66,67	3	100,00	17	70,83
Exames Diagnósticos	21	100,00	3	100,00	24	100,00
Sequência de Atendimento	17	80,95	3	100,00	20	83,33
Terapêutica	11	52,38	2	66,67	13	54,17
Comorbidades Associadas	11	52,38	2	66,67	13	54,17
Cuidados De Enfermagem	17	80,95	2	66,67	19	79,17

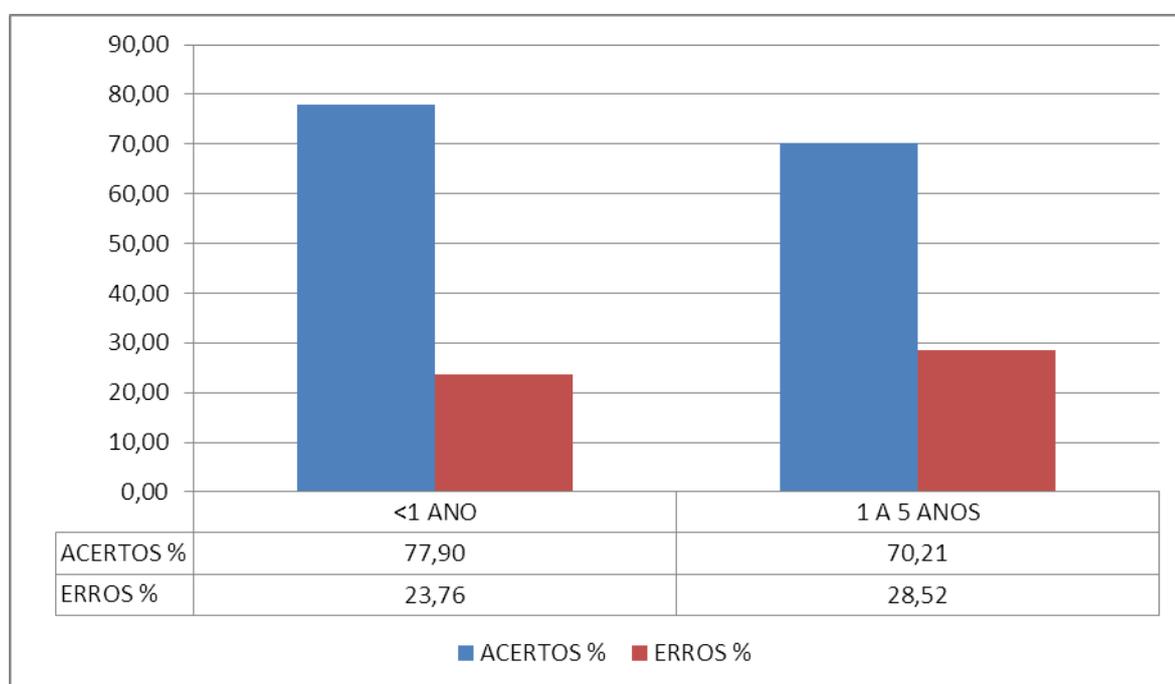
Fonte: Dados da pesquisa

A tabela 4 mostra a proporção de acertos dos enfermeiros em associação com o se sentir ou não sentir preparados para acompanhar o cliente acometido por ICC, foi possível observar com o estudo que dois dos enfermeiros que dizem não se sentir preparados para acompanhar paciente com ICC atuam na unidade de clínica médica e um dos enfermeiros que não se sentem preparados atuar na unidade de emergência. Para testar o conhecimento foi estabelecido 7 questões norteadoras básicas, que avaliou o mínimo de conhecimento que o enfermeiros devem ter para traçar seu plano de cuidado e possibilitar ao cliente uma melhora no seu quadro clínico. Como mostra a tabela acima, a proporção de acertos dos 3 enfermeiros que não se sentem preparados comparado aos que sentem-se preparados pode-se observar que os que não se julga preparado acertaram mais questões dos que os que se sentem. Quando questionados sobre os medicamentos utilizados pelo cliente de ICC, os que se sentem preparados acertaram (52,38%) e os que não sentem preparados acertaram (66,67%); nas comorbidades associadas ao ICC os que sentem-se preparados acertaram (52,38%) em comparação com os que não sentem preparados (66,67%).

Balduino (2009) ressalta que o enfermeiro deve utilizar-se de conhecimento específico e de outros saberes que ancoram o desenvolvimento de raciocínios, julgamentos clínicos, tomadas de decisões, sensibilidades e profissionalismo, para que consiga prestar uma assistência sistematizada e qualificada ao cliente acometido por ICC.

A diretriz de Insuficiência Cardíaca Congestiva 2012 traz que dentro os sinais apresentados pelo cliente com ICC o profissional de enfermagem deve se atentar principalmente para tosse, taquicardia, B3, aumento do pulso venoso da jugulare edema, quanto a avaliação dos sintomas o enfermeiro deverá ter a aptidão para verificar a dispneia aos esforços ou em repouso, ortopnéia, dispnéia paraxística noturna, quanto ao esquema de tratamento básico os fármacos utilizados pelo cliente acometido por ICC à luz da diretriz 2012 são IECA, os betabloqueadores, os diuréticos e a digoxina, outro quesito importante para se avaliar o paciente com ICC é saber quais as comorbidades estão associadas a essa patologia como insuficiência renal crônica, anemia, diabetes melitus, esses conhecimentos básicos possibilita ao enfermeiro traçar uma eficiente sistematização do cuidado a esse cliente com o intuito de diminuir o número de internações e mortalidades dos clientes por ICC.

Gráfico 5 Distribuição da associação do tempo de atuação do enfermeiro com a quantidade de erros e acertos. Santo Antônio de Jesus-2013.



Fonte: Dados da pesquisa

Quando estratificado a associação da quantidade de acertos e erros dos enfermeiros com o tempo de atuação, os achados da pesquisa demonstraram diferença significativa no que se refere ao conhecimento sobre ICC. Os enfermeiros que tem tempo atuação menor que um ano detem mais o conhecimento sobre cuidar do cliente com ICC, acertando (77,90%) das questões norteadoras, errando (23,76%) das questões. Enquanto que a quantidade de acertos e erros dos enfermeiros que atuam na unidade de um a cinco anos respectivamente identificou-se (70,21%) de acertos e (28,52%) de erros. Os critérios para avaliar os acertos e erros dos enfermeiros foi baseado na atualização da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Congestiva 2012.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo sugerem que os enfermeiros com menos de um ano de atuação no hospital detêm mais o conhecimento sobre o cuidar do cliente com ICC, quando questionados se sentiam preparados para acompanhar o cliente três dos enfermeiros que não se sentem preparados acertaram mais questões do que os que se sentem preparados. Vale ressaltar que houve uma diferença significativa quando comparado e quantificado os acertos dos enfermeiros da clínica médica e emergência sobre os sinais, sintomas, exames diagnósticos exigidos, sequência correta de atendimento, conduta terapêutica, comorbidades associadas e os cuidados de enfermagem apresentados por um cliente acometido por ICC.

Desta forma os resultados desse estudo podem auxiliar na elaboração de protocolos de atendimento para com o cliente acometido por ICC e na busca do aprimoramento dos enfermeiros acerca do cuidar sistematizado desses clientes, na condução dos casos diagnosticados, possibilitando melhor tratamento e atenção aos clientes com o intuito de diminuir o número de internações, cirurgias, mortalidade e, de maneira geral, os gastos com essa síndrome que cada vez mais vem se destacando no rol das patologias com prognóstico indesejado.

Foi possível observar com esse estudo a necessidade de compreensão dos enfermeiros sobre o fenômeno ICC. Os estudos revisados apontaram para singularidade das ações do enfermeiro, na contribuição para melhor evolução clínica do paciente com ICC. A produção científica brasileira sobre ICC na área da enfermagem ainda é muito pequena. É importante que em nosso meio haja estímulo ao desenvolvimento de estudos no que se refere ao conhecimento sistematizado de enfermagem ao cliente acometido por ICC, pois é indispensável o reconhecimento das peculiaridades do nosso contexto, para que os programas de atenção à saúde destes sujeitos possam ser delineados, implementados e avaliados de maneira racional.

O conhecimento do enfermeiro sobre o cuidar sistematizado de enfermagem amplia a perspectiva clínica para uma visão holística, que visa diminuição da internação hospitalar. No entanto, a proposta do estudo vem da oportunidade desses enfermeiros ampliar o conhecimento científico através de pesquisas e que possam estar utilizando o banco de dados, concretizado através da SAE. Dessa forma, a consulta de enfermagem sistematizada traz benefício à comunidade, pois oferece atendimento de qualidade, que respeita a individualidade de cada paciente, na identificação de diagnósticos e na escolha das intervenções e avaliação dos resultados das mesmas, além de obter dados que ampliam a

pesquisa em enfermagem na linha da SAE e ICC, solidificando a possibilidade de basear as intervenções de enfermagem a essa clientela em evidências científicas.

REFERÊNCIAS

ANDRIETTA MP. Plano de alta hospitalar a pacientes com insuficiência cardíaca congestiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v. 19, n. 6, nov.-dez. 2011. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 02/08/2012.

BACAL F, FLÁVIO PGC. Insuficiência cardíaca congestiva. In: Quilici AP, editor. **Enfermagem em Cardiologia.** São Paulo: Atheneu; 2009. p. 325-38.

BALDUINO AFA, MANTOVANI MF, LACERDA MR. O processo de cuidar de enfermagem ao portador de doença crônica cardíaca. **Esc Anna Nery Rev Enferm.** v. 13, n. 2, p. 342-5. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci>> Acesso em: 07/09/2013.

Banco de dados do sistema único de saúde do Ministério da saúde Brasil, 2011 Disponível em: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: 23/09/2012.

BOCCHI EA, MOCELIN A. Importância da Terapêutica Otimizada no Tratamento da Insuficiência Cardíaca Sístólica. **Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo.** v. 10, n. 1, p. 56-61, jan-fev 2010. Disponível em: < > Acesso em:

BOCCHI EA e Cols. Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. **Arq. Bras. Cardiol.** v. 93, n. 1 supl.1, p. 1-71, 2009. Disponível em: <<http://publicacoes.cardiol.br/consenso/pocketbook/2005-2009/06-icc.pdf>>. Acesso em: 02/08/2012

BOUNDY J (Colab.) et al. **Enfermagem médico-cirúrgica.** 3. ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2004. 3v.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATA SUS. Dados de morbidade de 2011. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/principal.htm>>. Acesso em: 12 jun 2013

CAVALCANTI ACD, CORREIA DMS, QUELUCI GC. A implantação da consulta de enfermagem ao paciente com insuficiência cardíaca. **Rev eletr enf.** v. 11, n. 1, p. 194-9, 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n1/v11n1a25.htm>. Acesso em: 02/08/2012.

Cecil, tratado de Medicina Interna. Editado por Dennis Ausiello, Lee Goldman; [tradução de Ana Kemper et.al.]. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

COELHO MJ. A linguagem como ferramenta do cuidado do enfermeiro em cirurgia cardíaca. **Esc Anna Nery Rev Enferm.** v. 11, n. 2, p. 220-26, jun 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n2/v11n2a06.pdf>>. Acesso em: 07/08/2012

COELHO EAC. Gênero, saúde e enfermagem. **Rev. bras. Enferm.**, Brasília, v. 58, n. 3, p. 345-348, 2005. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672005000300018&script=sci_arttext>.

Acesso em: 02/09/2013.

Conselho Federal de Enfermagem (BR). Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html>.

Acesso em: 23/09/2012.

FERREIRA MCS, GALLANI MCBJ. Insuficiência Cardíaca: antiga síndrome, novos conceitos e a atuação do enfermeiro. **Rev Bras Enferm.** v. 58, n. 1, p. 70-3, jan-fev 2005.

Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000100013&script=sci_abstract&tlng=pt)

[71672005000100013&script=sci_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000100013&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 04/07/2012.

FRANCHINI K. Mecanismos moleculares na hipertrofia cardíaca. **Rev. Bras. Hipertens.** v. 5, n. 3, p. 112-17, 2009. Disponível em: <[http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/8-](http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/8-1/014.pdf)

[1/014.pdf](http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/8-1/014.pdf)>. Acesso em: 17/08/2012.

Acesso em: 17/08/2012.

GIL CA. **Como Elaborar Projeto de Pesquisa.** 4ª ed. São Paulo: Editora Atlas 2007

HORTA WA. **O processo de enfermagem.** São Paulo: EPU/EDUSP, 1979.

KNOBEL E. **Condutas do paciente grave.** 5ª ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2010.

LATADO AL et al. Preditores de letalidade hospitalar em pacientes com insuficiência cardíaca avançada. **Arq Bras de Cardiologia**, São Paulo, v. 87, n. 2, p. 185-192, ago. 2006.

LEOPARDI MT. **Teorias de enfermagem:** instrumentos para a prática Florianópolis: Papa Livros, 1999.

MACKENZIE J. *Disease of the Heart* 3rd Edition. London: Oxford University Press; 2005.

MINAYO MCS. **O Desafio do Conhecimento:** Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco, 1992. 269 p.

MINAYO MCS, DESLANDES SF, GOMES R. **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 25ª ed. Revista e atualizada. Petrópolis: Vozes, 2007. 108 p.

PANIZZON C, LUZ A M, FENSTERSEIFER LM. Perfil profissional da equipe de enfermagem de emergência clínica. **Rev. Gaúcha. Enferm.**, Porto Alegre (RS) v. 29, n.3, p. 391-399, set. 2008. Disponível em:

<<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/6759/4065>>. Acesso em: 02/09/2013.

RICH MW. A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. **New Eng J Med.** v. 333, p. 1190-5, 2011.

SANTO ANTONIO DE JESUS. **Relatório de Gestão de Santo Antonio de Jesus**, 2009a. Santo Antonio de Jesus, Secretaria Municipal de Saúde. 2010.

SMELTZER SC, BARE BG. Brunner & Suddarth: **tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** v.3. 9.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

SOUZA MT, SILVA MD, CARVALHO R. **Revisão integrativa:** o que é e como fazer. Einstein, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, jan./mar. 2010. Disponível em: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1134-Einsteinv8n1_p102-106_port.pdf>. Acesso em: 26/03/2013.

TAYLOR C. **Fundamentos de Enfermagem:** a arte e a ciência do cuidado de enfermagem. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada: **”O conhecimento do Enfermeiro(a) sobre o cuidado sistematizado de enfermagem com o cliente acometido por ICC”**. Esta pesquisa será desenvolvida por uma aluna de enfermagem da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Milena Carla Magalhães Novais, sob Orientadora: Prof^a Msc. Ana Paula Santos de Jesus e Co-orientadora: Prof^a Msc. Patrícia Veiga Nascimento, para realização do trabalho de conclusão de curso (TCC). O propósito para produção do estudo foi o fato da assistência sistematizada de enfermagem ainda ser o melhor método planejado e científico de cuidar, possibilitando consolidar na assistência informações pertinentes sobre a patologia ICC e com isso sensibilizar os profissionais e acadêmicos de enfermagem sobre a necessidade de planejar o cuidado ao cliente acometido por ICC. Assim, o objetivo desse projeto é avaliar o conhecimento do enfermeiro sobre o cuidado sistematizado de enfermagem com o cliente acometido por ICC, em um hospital público do Recôncavo da Bahia. Caso você aceite participar, agendaremos um encontro na unidade, onde trabalha, de acordo com a sua disponibilidade para realizar a entrevista. Esse material será guardado com a pesquisadora responsável durante 5 anos após esse período o material será incinerado. Informamos que os possíveis riscos da pesquisa estão associados ao constrangimento e desconforto que a discussão sobre a temática pode ocasionar, porém você tem o direito de não responder as perguntas que lhe causar qualquer constrangimento. Porém, entendemos que os benefícios dessa pesquisa são de proporcionar a discussão e a reflexão sobre a temática proposta, aumentar os conhecimentos científicos para área da saúde, visando despertar nos profissionais envolvidos o interesse pelo tema e o aperfeiçoamento de suas práticas, além de contribuir com sugestões para atuação do enfermeiro no cuidado ao cliente acometido por ICC. Uma cópia deste estudo será entregue na Coordenação dessa instituição locus da pesquisa, ficando disponível para você consultar. A sua participação é voluntária, sem custos ou compensação financeira, e a qualquer momento você poderá desistir de participar da pesquisa, sem prejuízos profissionais. Durante todo o período da pesquisa você tem o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato, com algum dos pesquisadores ou com o Conselho de Ética em Pesquisa. Você tem garantido o seu direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou retaliação, pela sua decisão. As informações desta pesquisa serão confidenciais, e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo e anonimato da sua participação e da instituição a que está vinculada. No desenvolvimento da pesquisa, desde a coleta de dados até a apresentação dos resultados, sua identidade será preservada com sigilo e anonimato, os sujeitos da pesquisa receberão pseudônimos como: a primeira letra do nome enfermagem e o número por ordem crescente de realização das entrevistas (E1, E2, E3...). Você poderá também buscar informações e esclarecer dúvidas sobre a pesquisa no endereço identificado abaixo. Assim, se você concordar em participar do estudo, este consentimento informado será assinado por você e por nós, ficando uma cópia com o pesquisador responsável e outra será fornecida a você. Agradecemos a sua participação!

Milena Carla Magalhães Novais
(Pesquisadora colaboradora)
UFRB- Centro de Ciências da Saúde
Rua do Cajueiro, S/N
Tel.(75) 3632-4629

Ana Paula Santos de Jesus
(Pesquisadora Responsável)
UFRB- Centro de Ciências da Saúde
Rua do Cajueiro, S/N
Tel.(75) 3632-4629

(Nome do entrevistado)

APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista

1. Perfil do Profissional

Iniciais: -----

Idade:-----

Sexo: M () F ()

Profissão:-----

Ano de formação:-----

Instituição formadora:-----

Tempo de atuação na Unidade:-----

Atua em outra área:

SIM () Qual? _____ Não ().

Instrumento de coletas de dados:

1. Você estudou sobre ICC durante a graduação em Enfermagem?

SIM () NÃO ()

2. Você já acompanhou algum cliente acometido por ICC no setor em que trabalha?

SIM () NÃO ()

3. Você se sente preparada para acompanhar um cliente acometido por ICC?

SIM () NÃO ()

Responda as questões abaixo, assinalando a alternativa que julgar correta:

4. Quais os sinais apresentado por um cliente acometido por ICC?

- a) Cefaléia, rigidez de nuca, tosse;
- b) Tosse, taquicardia, B3, aumento do pulso venoso jugular e edema;
- c) Refluxo hepatojugular, taquicardia, B3, aumento da frequência respiratória;
- d) Não sei.

5. Quais os sintomas apresentado por um cliente acometido por ICC?

- a) Dispnéia. aos esforços ou em repouso, ortopnéia, dispnéia paroxística noturna;
- b) fadiga, taquicardia, refluxo hepatojugular;
- c) Tosse, desvio lateral do ictus cordis, aumento de peso;
- d) Não sei.

6. A suspeita clínica de ICC deve ser confirmada com a avaliação da função cardíaca através dos seguintes exames:

- a) RX de Tórax,ECG,Ecocardiograma;
- b) Cateterismo cardíaco, VDRL,Ecocardiograma;
- c) Ecocardiograma,Avaliação funcional da qualidade de vida,débito urinário;
- d) Não sei.

7. Qual a sequência recomendada para melhor atender o cliente acometido por ICC, segundo a Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Congestiva-2012?

- a) Anamnese,exame físico específico,raio x tórax,ECG,exame laboratório;
- b)Tratamento, exame físico,anamnese,exame laboratório,exame físico específico;
- c) Anamnese,tratamento,ECG,exame específico;
- d) Não sei.

8. Segundo a Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Congestiva-2012,qual o esquema estratégico de tratamento para uso de fármacos em clientes acometidos com ICC?

- a) Betabloqueadores,AAS, Aspirina,Morfina;
- b) IECA,Betabloqueadores,diurético,digoxina;
- c) Digoxina, AAS, diurético,nitroglicerina;
- d) Não sei.

9.Quais são as comorbidades associadas a ICC?

- a) Anemia Falciforme, TVP, AVCI,IAM;
- b) IAM, Pé diabético,insuficiência renal crônica,depressão;
- c) Insuficiência renal crônica, anemia,diabetes melitos.
- d) Não sei.

10. Dentre os cuidados de Enfermagem quais os que você julga mais importante para um cliente acometido por ICC(por ordem de necessidade do cliente)?

- a) Manter o débito cardíaco adequado, Melhorando a Oxigenação,Restaurar o equilíbrio hídrico,Melhorar a tolerância a atividade.
- b) Educação do paciente e manutenção da saúde,Melhorar a tolerância a atividade,Restaurar o equilíbrio hídrico.
- c) Restaurar o equilíbrio hídrico,Melhorar a tolerância a atividade,Melhorando a Oxigenação.
- d) Não sei.

ANEXOS

ANEXO A - Termo de Anuência

Santo Antônio de Jesus, ____ de _____ de 2012.

Ilma Sr^a. Solange Almeida Lima

(Enfermeira/ Coordenadora Geral de Enfermagem do Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus – Bahia).

Senhora Enfermeira / Coordenadora:

Venho pelo presente, na qualidade de Professora Mestra da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, desenvolvendo a pesquisa como a seguinte temática: Estresse ocupacional da equipe de Enfermagem em uma unidade de emergência hospitalar, de Santo Antônio de Jesus, solicitar autorização para realizar a pesquisa no Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus. Este projeto (em anexo) visa identificar os estressores ocupacionais vivenciados pela equipe de enfermagem que atuam em uma Unidade de Emergência de um Hospital Público de Santo Antônio de Jesus-Bahia. Para tanto, serão utilizados questionário sociodemográfico e escalas de identificação dos sintomas de estresse e de fatores estressores na equipe de Enfermagem. O resultado dessa pesquisa poderá fornecer subsídios relevantes sob as condições de trabalho da equipe de enfermagem dentro das organizações, levando a reflexão acerca das repercussões que o estresse no ambiente de trabalho pode trazer para a saúde dos trabalhadores. Dessa forma, espera-se que esse estudo venha promover melhores condições de trabalho para a equipe de Enfermagem, favorecendo a qualidade do serviço prestado pelos mesmos. Cumpre-se ressaltar que será concedido aos sujeitos da desta pesquisa um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido como forma de garantir o anonimato de todos que participarão desse estudo. A exposição nominal da instituição ficará a critério da Comissão de ética ou correspondente. Apresento desde já meus sinceros agradecimentos pela colaboração.

Atenciosamente,

Prof^a. Msc. Ana Paula Santos de Jesus
(Pesquisadora Responsável)

ANEXO B - Parecer Consubstanciado

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RECÔNCAVO DA BAHIA -
UFRB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONHECIMENTO DO ENFERMEIRO(A) SOBRE O CUIDADO SISTEMATIZADO DE ENFERMAGEM PARA COM O CLIENTE ACOMETIDO POR INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA (ICC).

Pesquisador: Patricia Veiga Nascimento

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 17230913.0.0000.0056

Instituição Proponente: Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - UFRB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 387.010

Data da Relatoria: 09/09/2013

Apresentação do Projeto:

Este trabalho de pesquisa consiste em um estudo descritivo exploratório de abordagem quantitativa, que busca avaliar o grau de conhecimento teórico dos enfermeiros sobre o cuidado sistematizado de enfermagem ao cliente acometido por ICC, que atuam nas unidades de clínica médica e emergência de um hospital público do recôncavo da Bahia. A área de estudo delimitada para a realização das atividades será um hospital público do recôncavo da Bahia, Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus (HRSAJ), equipado para realizar atendimentos de média e alta complexidade. Os critérios utilizados para a aceitação dos sujeitos na pesquisa serão os seguintes: enfermeiros que trabalham, emergência e clínica médica e ter, no mínimo, 02 meses de de trabalho na unidade. Os critérios de exclusão serão: enfermeiros que trabalhem na clínica cirurgica, pediatria, centro cirúrgico , e a não assinatura do TCLE. Para coleta de dados será aplicado um questionário estruturado com perguntas fechadas e aplicação da técnica de entrevista individual. Para a coleta de dados, essas entrevistas serão previamente agendadas no local de trabalho respeitando a disponibilidade de horário dos sujeitos. Os sujeitos da pesquisa receberão pseudônimos como: a primeira letra do nome enfermagem e o número por ordem das entrevistas realizadas (E1,E2,E3...),as entrevistas serão gravadas, após permissão dos entrevistados.Os dados

Endereço: Rua Rui Barbosa, 710

Bairro: Centro

CEP: 44.380-000

UF: BA

Município: CRUZ DAS ALMAS

Telefone: (75)3621-1293

Fax: (75)3621-9767

E-mail: secgab@ufrb.edu.br

Continuação do Parecer: 387.010

serão analisados em duas etapas: na primeira etapa, o material coletado deverá ser organizado e transcrito. Na segunda etapa, os dados coletados com as respostas dos sujeitos serão associados com base na Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Congestiva de 2012 e os protocolos de atendimento ao paciente acometido por ICC. O resultado da análise será feito através da análise de frequência simples no SPSS versão 18"

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

¿Avaliar o conhecimento do enfermeiro (a) sobre o cuidado sistematizado de enfermagem para com o cliente acometido por ICC, em um hospital público do Recôncavo da Bahia.

Objetivo Secundário:

"Descrever sobre cuidados sistematizados de Enfermagem para com os clientes acometidos por ICC".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

"Associados ao constrangimento e desconforto que a discussão sobre a temática pode ocasionar, porém o entrevistado terá o direito de não responder as perguntas que lhe causar qualquer constrangimento."

Benefícios:¿

"Proporcionar a discussão e a reflexão sobre a temática proposta, aumentar os conhecimentos científicos para área da saúde, visando despertar nos profissionais envolvidos o interesse pelo tema e o aperfeiçoamento de suas práticas, além de contribuir com sugestões para atuação do enfermeiro no cuidado ao cliente acometido por ICC."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

"No projeto de pesquisa foi possível identificar a relevância do tema proposto, levando-se em consideração que o estudo torna-se necessário, pois, visa contribuir com sugestões para atuação do enfermeiro no cuidado ao cliente acometido por Insuficiência Cardíaca Congestiva. Além da relevância do tema, os itens obrigatórios da Resolução 466 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) foram descritos no projeto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os Termos foram apresentados

Recomendações:

Sugestões:

Endereço: Rua Rui Barbosa, 710
 Bairro: Centro CEP: 44.380-000
 UF: BA Município: CRUZ DAS ALMAS
 Telefone: (75)3621-1293 Fax: (75)3621-9767 E-mail: secgab@ufrb.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RECÔNCAVO DA BAHIA -
UFRB



Continuação do Parecer: 387.010

- NO TCLE:

Incluir nome completo da pesquisadora responsável e da nova professora inclusa no projeto de pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Concluímos que o trabalho encontra-se adequado as normativas da Resolução 466/2012.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O parecer atende as normativas da Resolução 466/2012. Assim, desejamos sucesso as pesquisadoras na realização desse estudo.

CRUZ DAS ALMAS, 06 de Setembro de 2013

Assinador por:
Delsy Vital dos Santos
(Coordenador)

Endereço: Rua Rui Barbosa, 710
Bairro: Centro CEP: 44.380-000
UF: BA Município: CRUZ DAS ALMAS
Telefone: (75)3621-1293 Fax: (75)3621-9767 E-mail: secgab@ufrb.edu.br