



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO CUIDADOS CLÍNICOS EM ENFERMAGEM
E SAÚDE
NÍVEL: MESTRADO ACADÊMICO**

FABÍOLA VLÁDIA FREIRE DA SILVA

**PROCESSO DE ENFERMAGEM NO CUIDADO CLÍNICO DE
CONFORTO NO DOMICÍLIO PARA PESSOAS COM
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA**

**Fortaleza-CE
2013**

FABÍOLA VLÁDIA FREIRE DA SILVA

**PROCESSO DE ENFERMAGEM NO CUIDADO CLÍNICO DE
CONFORTO NO DOMICÍLIO PARA PESSOAS COM
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

Área de concentração:

Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde

Linha de pesquisa:

Fundamentos e Práticas do Cuidado Clínico em Enfermagem e Saúde

Orientadora:

Prof.^a Dr.^a Lúcia de Fátima da Silva

**Fortaleza-CE
2013**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Estadual do Ceará
Biblioteca Central Prof. Antônio Martins Filho
Bibliotecário Responsável – Francisco Welton Silva Rios – CRB-3/919

S586p Silva, Fabíola Vlândia Freire da
 Processo de enfermagem no cuidado clínico de conforto no
 domicílio para pessoas com insuficiência cardíaca / Fabíola Vlândia
 Freire da Silva . – 2013.
 CD-ROM. 167 f. : il. (algumas color.) ; 4 ½ cm.

 “CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho
 acadêmico, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7
 mm)”.

 Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual do Ceará,
 Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em
 Cuidados Clínicos e Saúde, Curso de Mestrado Acadêmico em
 Cuidados Clínicos e Saúde, Fortaleza, 2013.

 Área de Concentração: Cuidados Clínicos em Enfermagem e
 Saúde.

 Orientação: Prof.^a Dr.^a Lúcia de Fátima da Silva.

 1. Cuidados de enfermagem. 2. Insuficiência cardíaca. 3.
 Teoria de enfermagem. 4. Cuidados de conforto. I. Título.

CDD: 610.73

FABIOLA VLÁDIA FREIRE DA SILVA

**PROCESSO DE ENFERMAGEM NO CUIDADO CLÍNICO DE CONFORTO NO
DOMICÍLIO PARA PESSOAS COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA**

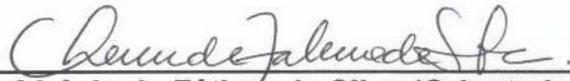
Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

Área de concentração:

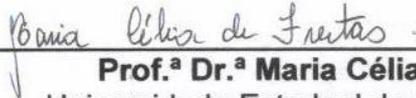
Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde

Aprovada em: 16/12/2013.

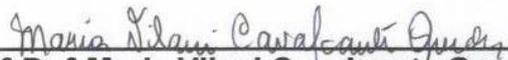
BANCA EXAMINADORA:



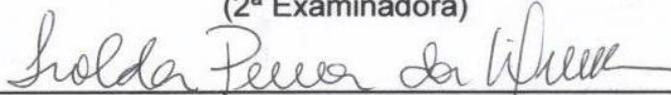
Prof.ª Dr.ª Lúcia de Fátima da Silva (Orientadora)
Universidade Estadual do Ceará - UECE



Prof.ª Dr.ª Maria Célia de Freitas
Universidade Estadual do Ceará – UECE
(1ª Examinadora)



Prof.ª Dr.ª Maria Vilani Cavalcante Guedes
Universidade Estadual do Ceará – UECE
(2ª Examinadora)



Prof.ª Dr.ª Isolda Pereira da Silveira
Universidade Federal do Ceará – UFC
(Examinadora Suplente)

A Deus, por ser meu guia e minha fortaleza. Aos meus pais, Ezaú e Nilba, por serem minha base forte e meu sustentáculo. À minha irmã, Janiza, por acreditar no meu potencial e me incentivar a crescer. Ao meu esposo, Sousa, pelo seu incentivo, zelo, cuidado, paciência e amor incondicional. À professora Lúcia de Fátima, pelo apoio e exemplo de perseverança e coragem.

AGRADECIMENTOS

A Deus, autor da vida, meu Senhor, por ser meu consolo, meu abrigo e minha companhia incondicional.

À minha família, Ezaú, Nilba e Janiza, pelo apoio irrestrito, pela confiança e incentivo e por estarem ao meu lado durante toda a minha jornada acadêmica.

Ao meu esposo, Sousa, pelo carinho, companheirismo, compreensão e por acreditar no meu potencial, me ensinando a encarar todos os obstáculos como momentos de aprendizado e crescimento.

À minha querida professora Lucia de Fátima, pelo suporte, confiança e estímulo ao meu crescimento pessoal e profissional.

Às professoras Maria Célia, Isolda Silveira e Vilani Guedes, pelo apoio e colaboração no aprimoramento deste trabalho, com conselhos que muito ajudaram no meu aprendizado.

Aos meus companheiros de grupo de pesquisa, em especial Ana Cleide, pelo compartilhamento de experiências, estímulo à perseverança e busca de novas possibilidades.

Aos meus amigos de mestrado, em especial Renata Saraiva, por compartilhar comigo perspectivas, sonhos, alguns momentos difíceis, mas outros muito divertidos e prazerosos.

A autora deseja externar seu agradecimento à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, pela concessão de bolsa de estudos do Programa de Demanda Social (DS), que possibilitou dedicação exclusiva e empenho integral às atividades de pesquisa.

*“Feliz o homem que acha sabedoria, e o homem que adquire conhecimento;
É árvore de vida para os que a alcançam, e felizes são todos os que a retêm”.*
Pv. 3:13 e 18.

RESUMO

SILVA, F. V. F. Processo de enfermagem com vistas ao cuidado clínico de conforto do paciente com insuficiência cardíaca no domicílio. 2013. 167f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde - Mestrado Acadêmico). Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2013.

O objetivo do estudo foi descrever a implementação do Processo de Enfermagem (PE) a pessoas com insuficiência cardíaca (IC) em acompanhamento domiciliar, com vistas ao conforto, fundamentada na Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba. Trata-se de uma pesquisa de campo descritiva, do tipo pesquisa-intervenção, desenvolvida com dois pacientes com diagnóstico médico de IC, acompanhados em suas residências pelo Programa de Acompanhamento Domiciliar (PAD) de um hospital público estadual, do SUS, localizado na cidade de Fortaleza-CE. A coleta de dados ocorreu de maio a agosto de 2013 e foi realizada em cinco etapas. A primeira etapa correspondeu à primeira fase do PE (Levantamento de dados), em que é feita a avaliação inicial do paciente e foi realizada na primeira visita domiciliária, com o auxílio de um formulário de caracterização sociodemográfica e condições do domicílio, entrevista semiestruturada, escala de conforto e observação assistemática. A segunda etapa antecedeu à segunda visita domiciliária e correspondeu à segunda fase do PE, onde são identificados os diagnósticos de enfermagem, os quais foram identificados segundo a taxonomia II da NANDA-I, no domínio 12 – Conforto, pertinentes às situações/ações de conforto. A terceira etapa correspondeu às fases do PE de planejamento e implementação das intervenções, baseadas nos resultados esperados conforme a NOC (e selecionados conforme o tipo de conforto que poderiam gerar: alívio, tranquilidade e/ou transcendência) e guiadas pela NIC. A quarta etapa correspondeu à fase de implementação das propostas de cuidado, realizada na segunda visita domiciliária. A quinta etapa obedeceu à última fase do PE - avaliação dos resultados e foi realizada em uma terceira visita domiciliária. Os dados coletados pelo formulário foram organizados manualmente e apresentados em descrição das pessoas; os obtidos pela entrevista foram apreciados por análise de discurso. Todos os dados foram categorizados seguindo as fases do PE e de acordo com os contextos de conforto teorizadas por Kolcaba, quais sejam: físico, ambiental, sociocultural e psicoespiritual. Foram considerados, durante todo o desenvolvimento da investigação, os preceitos ético-legais da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que tratam dos encaminhamentos quando as pesquisas envolvem seres humanos. O projeto foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, na qualidade de unidade proponente, sendo aprovado pelo parecer número 252.879; e teve a anuência do hospital de realização do estudo, enquanto unidade coparticipante. Da análise dos resultados, abstraiu-se que o conforto do tipo alívio foi evidenciado quando do controle de sintomas e da dor (no contexto físico), e da aceitação do estado de saúde percebido por discurso confiante em relação ao controle da doença (no contexto psicoespiritual). Observou-se um maior quantitativo de resultados foi do tipo tranquilidade. Exemplos destes foram: o conforto físico, a melhora da locomoção, o controle do ambiente (no contexto físico e ambiental), a melhora do padrão de sono e repouso, a satisfação e motivação para a realização de atividades de vida diária e o progressivo controle dos sintomas (no contexto físico); e no contexto sociocultural foram observados a adaptação psicossocial à mudança de vida e o bem-estar do cuidador. O resultado indicador de conforto do tipo transcendência só foi alcançado no contexto psicoespiritual, quando do bem estar pessoal de um dos participantes, caracterizado por enfrentamento positivo e autocontrole, relacionados ao manejo da doença. Considerou-se que os objetivos do estudo foram alcançados, demonstrados no conforto das pessoas estudadas; no estímulo ao seu protagonismo na construção coletiva de seu plano de cuidados; e na promoção de um cuidado clínico de enfermagem efetivo, promotor de conforto e qualificador do papel do enfermeiro enquanto cuidador profissional.

Descritores: Cuidados de Enfermagem; Insuficiência Cardíaca; Teoria de Enfermagem; Cuidados de Conforto.

ABSTRACT

SILVA, F. V. F. Nursing process with a view to the clinical care of patient comfort with heart failure at home. 2013. 167f. Dissertation (Post Graduate Program in Clinical Care Nursing and Health - Academic Master). State University of Ceará, Fortaleza, 2013.

The aim of the study was to describe the implementation of the Nursing Process (NP) for people with heart failure (HF) in home care, with a view to comfort, based on Katharine Kolcaba's Comfort Theory. This is a descriptive/ field/ research, developed in two patients with a diagnosis of HF, followed in their homes by Homecare Monitoring Program (PAD) in a public SUS state hospital, located in Fortaleza-CE, as a research intervention type. Data collection occurred from May to August 2013 and was carried out in five stages. The first step corresponded to the first phase of NP (Data collection), in which the initial assessment of the patient is taken and was held on the first home visit, with the aid of a form of socio-demographic and conditions of the household, semi-structured interview, comfort scale and unsystematic observation. The second step leading up to the second home visit and corresponded to the second phase of PE where the nursing diagnoses, were identified according to the taxonomy of NANDA-I II, in the field 12 - Comfort , relevant to situations/actions of comfort. The third stage corresponded to the phases of the NP planning and implementation of interventions, based on the expected results according to the NOC (and selected according to the type of comfort that could generate: relief, tranquility and/or transcendence) and guided by the NIC. The fourth stage corresponded to the implementation phase of the proposed care, held on the second home visit. The fifth step followed the last phase of the NP - review the results and was held in a third home visit. The data collected by the form were manually organized and presented in description of the persons, those obtained by interview, were analyzed by discourse analysis. All data were categorized according to the phases of the NP and according to the contexts of comfort theorized by Kolcaba, namely: physical, environmental, socio-cultural and psycho-spiritual. Throughout the development of research, ethical and legal principles of the Resolution 466/2012 by the National Health Council, dealing with referrals when research involving human subjects, were considered. The project was authorized by the Ethics Committee in Research of the State University of Ceará, as proponent unit and is approved by opinion number 252,879, and had the consent of the hospital conducting the study, while co-participant unit. The analysis of results, abstracted that comfort the type relief was evident on symptom control and pain (the physical context), and the acceptance of perceived health status for confident speech in relation to disease control (in the context psycho-spiritual). A higher number of results was observed at the quiet type. Examples of these were: physical comfort, improved locomotion, control of the environment (physical and environmental context), the improvement of the standard of sleep and rest, satisfaction and motivation to perform activities of daily life and progressive control of symptoms (concerning the physical context); at the socio-cultural context, psycho-social adaptation to changing lives and well-being of the caregiver were observed. The indicator result of comfort on the transcendence type was only achieved in a psycho-spiritual context, when the personal well-being of a participant, characterized by positive coping and self-control related to the management of the disease. It was felt that the objectives were achieved, demonstrated in comfort of the people studied; stimulating the role in the collective construction of their care plan; and the promotion of an effective clinical nursing care, promoter comfort and defining the role of the nurse as a professional caregiver.

Keywords: Nursing Care; Heart Failure; Nursing Theory; Hospice Care.

RESUMEN

SILVA, F. V. F. Proceso de enfermería con miras a la atención clínica de la comodidad del paciente con insuficiencia cardíaca en el hogar. 2013. 167f. Disertación (Programa de Postgrado en Enfermería de Atención Clínica y de la Salud - Master Académico). Universidad del Estado de Ceará, Fortaleza, 2013.

El objetivo del estudio fue describir la implementación del Proceso de Enfermería (PE) para las personas con insuficiencia cardíaca (IC) en la atención domiciliaria, con miras a la comodidad, basado en la Teoría del Conforto de Katharine Kolcaba. Se trata de una investigación descriptiva de campo, el tipo de intervención de la investigación, desarrollada en dos pacientes con diagnóstico de IC, seguido en sus hogares por el Programa de Monitoreo Domiciliaria (PAD) en un hospital público del SUS, ubicada en Fortaleza-CE. La recolección de datos tuvo lugar entre mayo y agosto de 2013 y se llevó a cabo en cinco etapas. El primer paso corresponde a la primera fase del PE (Recopilación de datos), en el que se toma la evaluación inicial del paciente, y se llevó a cabo en la primera visita a la casa, con la ayuda de una forma de características y las condiciones socio demográficas del hogar, entrevista semi-estructurada, escala de la comodidad y la observación sistemática. El segundo paso que conduce a la segunda visita a la casa y correspondió a la segunda fase del PE, que se identifican los diagnósticos de enfermería, los cuales fueron identificados según la taxonomía II de la NANDA-I, en el campo 12 - Confort, relevante para situaciones/acciones de la comodidad. La tercera etapa corresponde a las fases del PE de la planificación y ejecución de las intervenciones, con base en los resultados esperados de acuerdo con el NOC (y seleccionados de acuerdo con el tipo de comodidad que podría generar: alivio, tranquilidad y/o trascendencia) y guiada por el NIC. La cuarta etapa corresponde a la fase de implementación de la atención propuesta, que tuvo lugar en la segunda visita a casa. El quinto paso siguió a la última fase de la PE - revisar los resultados y se llevó a cabo en una tercera visita a la casa. Los datos recogidos por la forma se organizaron de forma manual y presentaron en la descripción de las personas, los obtenidos mediante entrevista, fueron analizados por el análisis del discurso. Todos los datos se clasifican de acuerdo a las fases de la PE y de acuerdo a los contextos de confort teorizados por Kolcaba, a saber: físicos, ambientales, socio-culturales y psicoespiritual. Se consideraron a lo largo del desarrollo de la investigación, la ética y los principios jurídicos de la Resolución 466/2012, del Consejo Nacional de Salud, que trata de las referencias cuando la investigación en seres humanos. El proyecto fue autorizado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad del Estado de Ceará, como la unidad proponente y es aprobada por la opinión número 252.879, y tenía el consentimiento del hospital que realiza el estudio, mientras que la unidad co-participante. El análisis de los resultados, si abstraído que la comodidad del relieve tipo se hizo evidente cuando el control de síntomas y el dolor (el contexto físico), y la aceptación del estado de salud percibido para el habla confianza en relación con el control de la enfermedad (en el contexto psicoespiritual). Mayor número de resultados era el tipo tranquilidad. Ejemplos de estos son: el bienestar físico, la mejora de la locomoción, control del entorno (contexto físico y ambiental), la mejora de la calidad de sueño y descanso, la satisfacción y la motivación para llevar a cabo actividades de la vida diaria y el control progresivo de síntomas (el contexto físico), y el contexto sociocultural, adaptación psicossocial a cambiar vidas y el bienestar del cuidador. Lo resultado indicador del confort del tipo de trascendencia sólo se logró en el contexto psicoespiritual, cuando el bienestar personal de un participante, que se caracteriza por el afrontamiento positivo y el auto-control y relativa a la gestión de la enfermedad. Se consideró que se lograron los objetivos, demostrado en la comodidad de las personas estudiadas; en el fomento de su participación activa en la construcción colectiva de su plan de atención; y la promoción de una atención de enfermería clínica eficaz, promotor del confort y la definición del papel de la enfermera como cuidador profesional.

Descriptor: Atención de Enfermería; Insuficiencia Cardíaca; Teoría de Enfermería; Cuidados del Conforto.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Organograma representativo do domínio 12 (conforto) da NANDA-I (2013)	43
Figura 2	Estrutura conceitual da Teoria do Conforto	55
Figura 3	Estrutura taxonômica do conforto	57

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Separação e categorização das necessidades de conforto de acordo com os contextos da Teoria de Kolcaba (2012). Fortaleza - CE, 2013.....	65
Quadro 2	Planejamento do plano de cuidados seguindo a taxonomia NANDA-I, NIC e NOC e adequando-o aos contextos e tipos de conforto da Teoria de Kolcaba (2012). Fortaleza - CE, 2013.....	66
Quadro 3	Distribuição de questões por contexto e tipo de conforto teorizado por Kolcaba (2012). Fortaleza - CE, 2013.....	69
Quadro 4	Distribuição das pontuações referentes às respostas às questões por contexto e tipo de conforto teorizado por Kolcaba (2012). Fortaleza - CE, 2013.....	75
Quadro 5	Diagnósticos de Enfermagem com características definidoras e fatores relacionados, segundo as necessidades de conforto de Manoá e descritos para cada contexto onde se produz conforto, segundo Kolcaba (2012). Fortaleza - CE, 2013.....	82
Quadro 6	Diagnósticos de Enfermagem com características definidoras e fatores relacionados, segundo as necessidades de conforto de Noé e descritos para cada contexto onde se produz conforto, segundo Kolcaba (2012). Fortaleza - CE, 2013.....	83
Quadro 7	Distribuição das necessidades de conforto de acordo com o contexto e o tipo de conforto teorizado por Kolcaba (2012). Fortaleza - CE, 2013.....	87
Quadro 8	Distribuição dos resultados esperados para alcance dos diversos tipos de conforto de Manoá nos contextos físico, ambiental, sociocultural e psicoespiritual. Fortaleza - CE, 2013..	88
Quadro 9	Distribuição dos resultados esperados para alcance dos diversos tipos de conforto de Noé nos contextos físico, ambiental, sociocultural e psicoespiritual. Fortaleza - CE, 2013..	89
Quadro 10	Distribuição das intervenções de enfermagem e recomendações ao paciente e família sobre medidas de conforto para alcance dos resultados estabelecidos para Manoá nos contextos físico, ambiental, sociocultural e psicoespiritual. Fortaleza - CE, 2013.....	94
Quadro 11	Distribuição das intervenções de enfermagem e recomendações ao paciente e família sobre medidas de conforto para alcance dos resultados estabelecidos para Noé nos contextos físico, ambiental, sociocultural e psicoespiritual. Fortaleza - CE, 2013.....	97

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANA	<i>American Nurses Association</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIPE®	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CWRU	<i>Case Western Reserve University</i>
DE	Diagnósticos de Enfermagem
DM	<i>Diabetes Mellitus</i>
GCCQ	Questionário Geral do Conforto
GRUPEESS	Grupo de Pesquisa Enfermagem, Educação, Saúde e Sociedade
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Insuficiência Cardíaca
IE	Intervenções de Enfermagem
IMC	Índice de Massa Corpórea
ISSO	<i>International Organization for Standardization</i>
MIE	Membro Inferior Esquerdo
MMII	Membros Inferiores
NANDA-I	<i>North American Diagnosis Association - Internacional</i>
NIC	<i>Nursing Intervention Classification</i>
NOC	<i>Nursing Outcomes Classification</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAD	Programa de Acompanhamento Domiciliar
PE	Processo de Enfermagem
QV	Qualidade de Vida
RE	Resultados de Enfermagem
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SUS	Sistema Único de Saúde
UECE	Universidade Estadual do Ceará

SUMÁRIO

1	Introdução	16
2	Objetivos	25
3	Estado da arte	26
3.1	Cuidado clínico de enfermagem	26
3.2	Insuficiência cardíaca	29
3.3	Cuidado domiciliar e família como rede de apoio	33
3.4	Sistematização da Assistência de Enfermagem e Processo de Enfermagem.....	38
3.5	Cuidados de conforto	46
4	Referencial teórico-metodológico	50
4.1	O referencial teórico	50
4.1.1	Biografia de Katharine Kolcaba	50
4.1.2	Desenvolvimento da Teoria	51
4.1.3	Conceitos da Teoria do Conforto	53
4.1.4	Metaparadigmas da Teoria	54
4.1.5	Representação gráfica da Teoria do Conforto de Kolcaba	55
4.1.6	Tipos de conforto	56
4.1.7	Contextos em que se produz o conforto	57
4.1.8	Estrutura taxonômica do conforto	57
4.1.9	Pressupostos da Teoria	58
4.1.10	Princípios da Teoria	58
4.2	Métodos e procedimentos	59
4.2.1	Tipo de estudo	59
4.2.2	Cenário e participantes da pesquisa	60
4.2.3	Coleta de dados	62
4.2.4	Organização e análise dos resultados	68
4.2.5	Aspectos ético-legais	70
5	Resultados e discussão	72
5.1	Apresentação dos participantes da pesquisa.....	72
5.1.1	Perfil sociodemográfico e clínico	72
5.2	Necessidades de conforto	74
5.3	Inferência diagnóstica	80
5.4	Resultados de enfermagem	87
5.5	Intervenções de enfermagem / Medidas de conforto	93
5.6	Avaliação de enfermagem	105
6	Considerações finais	110

Referências	113
Apêndices	126
A - Formulário de identificação sociodemográfica e condições do domicílio	127
B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	128
C- Roteiro de entrevista	129
D- Escala de conforto	130
E- Levantamento de dados (anamnese e exame físico)	131
F- Necessidades de conforto e diagnóstico de enfermagem	133
G- Planejamento (resultados e intervenções de enfermagem)	135
H- Manual (intervenções de enfermagem)	136
I- Avaliação dos resultados de enfermagem	160
Anexos	162
A - Parecer Consubstanciado do CEP – UECE	163
B - Anuência da Instituição Coparticipante	166

1 INTRODUÇÃO

Trata-se de estudo acerca do cuidado clínico prestado pelo enfermeiro às pessoas que sofrem Insuficiência Cardíaca (IC), buscando, por meio da Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba (KOLCABA, 2003), utilizar o Processo de Enfermagem (PE) no cuidado domiciliar ao paciente, com vistas a promover-lhe conforto.

Diante do proposto, é importante resgatar o conceito de cuidado de enfermagem, buscando definir a atuação do enfermeiro e suas diversas possibilidades no campo especial das doenças cardiovasculares.

Retomando as origens das práticas de cuidado, encontra-se que sua preocupação e seu interesse residiam na manutenção da vida, a fim de que os seres pudessem crescer, desenvolver e, assim, dar continuidade à sua espécie. O cuidado significava 'tomar conta' e tinha por objetivo garantir as funções imprescindíveis à satisfação das necessidades presentes na vida dos indivíduos, tais como alimentação, hidratação, abrigo, vestimentas, entre outras, assegurando a luta contra a morte (COLLIÈRE, 1999).

Compreende-se, dessa forma, que o cuidado fazia (e faz) parte do vivido, cotidianamente, pelos homens. Sendo assim, entende-se que o cuidado é o sentido e o significado da existencialidade do ser humano. É por meio do cuidado que o homem faz presença a si e passa a existir diante do outro e do mundo. Faz-se importante salientar, também, que o cuidado, antes mesmo de ser e realizar-se em uma ação, expressa um modo de ser, sentir e viver, intrinsecamente relacionado à essência do ser do homem (SCHAURICH; CROSSETTI, 2008).

Assim, o cuidado de enfermagem representa uma vertente expressiva e profissionalizada do cuidado humano, feito por humanos e destinado a humanos, contendo, então, raízes que o confirmam como modo de ser e de existir (SCHAURICH; CROSSETTI, 2008).

Historicamente existem diferentes significados em relação ao cuidado de enfermagem, por exemplo, Florence Nightingale não definiu atenção ou cuidado em seu livro *Notes of Nursing* em 1859; Madeleine Leininger continua perguntando-se se Nightingale considerou como componente do cuidado: o conforto, a ajuda e a educação em saúde (HERNÁNDEZ et al., 2011). O cuidado como conceito deve ser entendido, já que os conceitos servem como base para análise e investigações

(MARRINER; RAILE, 2011) e, considerando também que o conceito de cuidar é citado com frequência para apoiar as práticas das enfermeiras (HERNÁNDEZ et al., 2011).

Tal cuidado, referido como fundamento básico da Enfermagem, está intrinsecamente ligado ao contato paciente-enfermeiro e requer, para isso, dedicação, planejamento, conhecimento, além de percepção, por parte do profissional, da singularidade de cada pessoa cuidada (SILVA et al., 2013).

Compreende-se que o cuidado é um constructo amplo e complexo, sendo uma forma de estar-com, de perceber, relacionar-se e preocupar-se com outro ser humano em dados tempo e espaço compartilhados no face-a-face. Assim, esse cuidado é constituído e permeado por diferentes elementos, como a responsabilidade, as habilidades, as relações interpessoais, os saberes e conhecimentos instituídos, entre outros (SCHAURICH; CROSSETTI, 2008).

O cuidado como processo sistêmico não representa somente uma ação pontual e unilateral, mas envolve um sentimento de pertença e de comunicação com o todo integrado, isto é, com o entorno social. O cuidado é desvelo, responsabilidade, atenção e cautela, conceitos que são atribuídos ao cuidado humano, representam atitude de ocupação, de preocupação, e de envolvimento efetivo e afetivo com-o-outro (BOFF, 2001; BACKES; ERDMANN; BACKES, 2009; WALDOW, 2008).

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

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

Com o reconhecimento da subjetividade/objetividade no cuidar da enfermagem, torna-se relevante buscar ações/decisões, agregando ao habitual modelo biologista a subjetividade que também permeia o cuidado em enfermagem (FURTADO et al., 2010).

Nesse contexto, cabe ressaltar que o cuidado prestado pelo enfermeiro não está presente apenas em ocasiões agudas de adoecimento, mas também atua em atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, as quais corroboram significativamente para o bem-estar dos seres humanos.

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

Sendo assim, cabe salientar que o modelo de cuidado clínico pautado na perspectiva essencialmente biologista tem recebido duras críticas ao longo dos últimos anos, e mostra-se insuficiente para atender às necessidades de saúde e às demandas sociais da população. Nesse sentido, a revisão do papel e da importância da clínica para o desenvolvimento de uma atenção integral à saúde tem sido trabalho árduo e incessante de pesquisadores, profissionais de saúde e gestores envolvidos na luta por uma resignificação do modelo de produção de cuidados em saúde no Brasil e no mundo.

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

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

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

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

A interação enfermeiro-paciente é um dos fatores que favorece a ação terapêutica. Esse processo de interação ocorre por meio do diálogo, da conversa, da escuta sensível. Enfermeira e cliente comunicam-se primeiro em interação (KING; TALENTO, 2000).

Quando esta interação se dá de forma efetiva, a adesão ao tratamento e a adaptação à nova condição de saúde se torna mais provável. O enfermeiro deve considerar que o cuidado clínico por ele dispensado ao paciente não é uma imposição de conhecimentos, mas sim uma troca de saberes e de confiança, com vistas ao bem-estar.

No contexto do tratamento das doenças cardiovasculares, como a IC, os objetivos do enfermeiro envolvem também a redução da morbimortalidade e manutenção do conforto das pessoas enfermas.

Segundo a literatura, por se tratar de algo complexo, que envolve conceitos multidimensionais, que relacionam aspectos físicos, psicológicos e espirituais do indivíduo, não há definição consensual de qualidade de vida (QV). Atualmente a QV pode ser definida de duas maneiras - de forma genérica ou relacionada à saúde (DANTAS; SAWADA; MALERBO, 2003; SEIDL; ZANNON, 2004).

De maneira geral, a definição mais difundida atualmente é a da Organização Mundial da Saúde (OMS) que a define como a percepção que o indivíduo tem da sua vida, considerando seu contexto cultural, seus valores e seus sentimentos, expectativas e necessidades. Esse conceito engloba dimensões amplas, como o bem-estar físico, mental e social, e a relação desses aspectos com o ambiente em que vive. De acordo com esse conceito, ter QV significa não apenas que o indivíduo tenha saúde física e mental, mas que esteja bem consigo, com a vida e com as pessoas com quem convive, capaz de reagir de forma satisfatória frente aos problemas e ter controle sobre os acontecimentos do cotidiano (WHOQOL, 1995).

Em geral, os portadores de problemas cardíacos sofrem modificações em sua QV e em seu padrão de vida normal, em virtude da incapacidade para executar determinadas tarefas cotidianas decorrente dos seus sinais e sintomas.

A IC é uma complicação grave, geralmente progressiva e irreversível, que pode comprometer a maioria dos pacientes cardíacos e, especialmente, aqueles que padecem de doença coronariana, hipertensão arterial, valvulopatias ou miocardiopatias. Seus sintomas clínicos incluem dispneia, fadiga e edema, que provocam grande desconforto aos seus portadores, com prejuízo da qualidade de vida e redução de sobrevida. Durante as últimas décadas, a IC 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 (LOURES et al., 2009).

Alguns fatores que contribuem para a instabilidade clínica dos pacientes com IC, com subsequentes hospitalizações, são: o pouco conhecimento dos pacientes sobre o tratamento complexo que envolve a IC, a má adesão às orientações para mudança no estilo de vida, a falta de conhecimento por parte dos pacientes de sinais precoces de piora da IC, a falta de acesso aos serviços de saúde, além de inadequado suporte social e idade avançada (BARRETTO et al., 2008; MANGINI et al., 2008).

O impacto e a interferência negativa da IC na vida das pessoas são notáveis, sendo assim, o enfermeiro deve estar preparado para prestar assistência de forma a atender às necessidades biológicas dos pacientes, proporcionando-lhes conforto e também às necessidades psicossociais, levando-os a superar limitações e adquirir mecanismos de enfrentamento (SOARES et al., 2008).

Cabe ressaltar que o enfermeiro deve estar sempre ciente de que o paciente é um ser individual, com características próprias, que podem determinar de forma decisiva as capacidades funcionais e psicossociais preservadas para serem trabalhadas (POTTER; PERRY, 2004; SMELTZER; BARE, 2005).

O cuidar, no contexto da IC, deve ter como princípio básico assistir ao cliente, buscando reduzir complicações, e, principalmente, proporcionar-lhe conforto, contando com o auxílio da família no desenvolvimento de habilidades e atitudes que proporcionem um cuidado efetivo.

Assim, este tipo de cuidado envolve além do paciente, a família e a própria comunidade na qual ele se insere, incluindo ações que ultrapassam o tratamento de doenças, como a prevenção de adoecimentos, promoção e reabilitação em saúde.

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

Além disso, é necessário que se faça um planejamento e se liste objetivos a serem cumpridos. Isto é feito por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e do PE, que se utilizam de referenciais teóricos na busca de fundamentação e cunho científico ao cuidado prestado.

Dentre os referenciais teóricos, deu-se, neste estudo, destaque a Teoria do Conforto, de Katharine Kolcaba, por adequar-se ao contexto da IC, em que a perspectiva de cura é ínfima e as necessidades de conforto sobressaem. Para a teorista, conforto é compreendido como a satisfação das necessidades humanas básicas e resultado do cuidado de enfermagem (KOLCABA, 2012).

O conforto é um objetivo e um resultado holístico desejável e pertinente a partir dos cuidados de enfermagem. Os seres humanos se esforçam para satisfazer suas necessidades básicas de conforto; os resultados das medidas de conforto são percebidos pelos sentidos do tato, olfato, paladar, audição, visão e “*proprioception*”; e o conforto é individual, representando mais que ausência de dor (KOLCABA, 2003).

A teorista define quatro contextos da experiência humana em que ocorre conforto: físico, ambiental, sociocultural e psicoespiritual (KOLCABA, 2003). Considerando isto, torna-se pertinente o estudo e as intervenções de enfermagem no contexto domiciliar, já que, sendo a IC uma morbidade crônica, o paciente necessita adequar-se à nova condição de saúde no âmbito de seu lar e com a ajuda de sua família e comunidade, sendo as internações hospitalares intercorrências esporádicas e passíveis de prevenção.

Deste modo, considerando as dificuldades no cuidado clínico ao paciente com IC no âmbito domiciliar, pelo enfermeiro, pela família e por ele próprio; as responsabilidades do enfermeiro frente ao cuidado a esta população; e a possibilidade de utilizar o PE e as teorias de enfermagem na prática assistencial

como ferramenta de valoração da prática profissional, questionou-se: **a utilização do Processo de Enfermagem fundamentado na Teoria do Conforto no cuidado clínico de enfermagem ao paciente com IC, no âmbito domiciliar, proporciona-lhe conforto?**

Sendo assim, este estudo se voltou para a análise do cuidado clínico de enfermagem com a implementação do PE, elaborado de acordo com as necessidades de conforto do paciente com IC no domicílio, e tendo como referencial a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, visando proporcionar-lhe conforto.

Ressalta-se que a presente pesquisa emergiu da vivência da pesquisadora no contexto da Graduação em Enfermagem e do processo de participar de Programa de Iniciação Científica, ao desenvolver pesquisas relativas às doenças cardiovasculares, tanto concernentes à caracterização de fatores de risco para seu desenvolvimento, quanto à educação em saúde para prevenção e controle das mesmas; além da utilização de teorias de enfermagem como fundamentação teórica para o planejamento do cuidado prestado; e da SAE e do PE como método de promover um cuidado individualizado, organizado, com planejamento e avaliação contínuas, e com uma linguagem própria da enfermagem, o que amplia seu *corpus* de saberes.

Cita-se as pesquisas: Cuidado de enfermagem a pessoas com hipertensão fundamentado na teoria de Parse (SILVA et al., 2013); *Experiences of mothers of children living with cardiopathies: a care research study* (RABELO et al., 2012); Metas Grupais e Adesão ao Controle da Hipertensão Arterial: Contribuição da Teoria de Imogene King (SILVA et al., 2013a); Diagnósticos Comportamentais de Enfermagem em Pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio (SILVA et al., 2010).

Quanto ao uso da Teoria de Kolcaba no estudo, esta foi escolhida pela familiarização da pesquisadora no contexto das pesquisas no Grupo de Pesquisa em Enfermagem, Educação, Saúde e Sociedade (GRUPEESS), mais especificamente na linha de pesquisa Cuidado Clínico e Prática Educativa no Adoecimento Cardiovascular, quando trabalhou os princípios da teorista em diversos estudos, dentre eles: Tecnologias do cuidado clínico prestado pela equipe de enfermagem a mulheres coronariopatas: foco na Teoria do Conforto de Kolcaba (SILVA et al., 2012); Conforto de mulheres com cardiopatias: descrição dos aspectos psicoespirituais (ALVES et al., 2012); Cuidado a mulheres portadoras de

cardiopatias: o conforto como conceito vivido na prática de enfermagem (SILVA et al., 2011).

Quanto à escolha da IC, dentre as doenças cardiovasculares, esta se deu em função de sua magnitude como problema de saúde pública, tanto no Brasil, como no mundo, sendo responsável por elevadas taxas de morbimortalidade e custos (BOCCHI et al., 2009).

Apesar dos esforços despendidos no controle dessa epidemia e a despeito do avanço no conhecimento fisiopatológico, a evolução desses pacientes não vem se modificando de forma expressiva, pelo menos no que tange à mortalidade hospitalar e às readmissões (BLUE; MCMURRAY, 2005; BARRETTO et al., 2008).

No Brasil, um estudo com 263 pacientes admitidos em unidades de emergência com diagnóstico de IC descompensada mostrou dados alarmantes. Os resultados indicaram que um terço dos pacientes morreu no primeiro ano de seguimento do estudo, 50% necessitaram de atendimentos em emergência após a alta hospitalar e em torno de 30% reinternaram antes de um ano. Os autores sugerem que medidas de orientação e início precoce do tratamento, objetivando melhorar a adesão, poderiam ter grande impacto na qualidade de vida dos pacientes e na previdência (BARRETTO et al., 2008).

Sendo assim, a IC se destaca como morbidade de importância epidemiológica e que depreende do enfermeiro uma atenção especial no sentido de educar o paciente para tornar-se protagonista no seu processo de saúde-doença, com possibilidade de conviver com a IC de forma confortável.

Diante disto, a escolha do domicílio como cenário de pesquisa e de cuidado ao paciente com IC, se fez por dois motivos: primeiro, por ser este o local de maior permanência do indivíduo portador desta morbidade, pois as internações, mesmo sendo recorrentes, não são temporalmente maiores que sua permanência em casa; segundo, porque no domicílio o paciente tem menor (ou às vezes inexistente) contato com a equipe de saúde, e, sem estar preparado para o autocuidado, ele torna-se passível de agir de maneira inadequada no seguimento do seu tratamento, sofrendo desconforto por não saber lidar com a IC.

Poucos dados se encontram na literatura nacional sobre os benefícios do acompanhamento domiciliar no contexto da IC. No entanto, um estudo controlado realizado com pacientes com IC que receberam orientações durante a internação

hospitalar e reforço dessas por telefone em um período de três meses (grupo intervenção), trouxe resultados positivos quanto à melhora do autocuidado (DOMINGUES et al., 2011).

Relativo à utilização de referenciais teóricos e do PE na prática assistencial, considera-se como uma forma de trazer maior credibilidade e cientificidade ao trabalho da Enfermagem. A utilização do PE no acompanhamento de pacientes com IC, em ambiente domiciliar, serve como um guia para a utilização de um sistema de classificações que, interligadas, favorecem a avaliação da efetividade das intervenções a partir dos resultados esperados (AZZOLIN, 2011).

Assim, a utilização das taxonomias de enfermagem ganha espaço, com vistas a uniformizar uma linguagem padrão que classifique a avaliação diagnóstica, as intervenções e os resultados esperados, mediante uma abordagem de enfermagem baseada em evidências (MÜLLER-STAUD et al., 2008).

O uso da teoria do conforto de Katharine Kolcaba se mostra condizente com o contexto tanto da IC, como do cuidado ao paciente no domicílio, pois visa o conforto deste em seus contextos físico, ambiental, sociocultural e psicoespiritual, contribuindo assim, para um seguimento de cuidados por parte do próprio indivíduo e a inserção da família neste processo.

Portanto, esse trabalho se faz relevante por produzir novos conhecimentos para fortalecer a Enfermagem como ciência, que fomenta a utilização e validação das teorias de enfermagem em diversos cenários. Demonstra-se como estudo inovador, pois propõe uma abordagem diferenciada da Teoria de Kolcaba, ao passo que tal teoria é ainda nova e está em processo de fortalecimento, não possuindo muitos trabalhos relacionando-a ao adoecimento cardiovascular. Além disso, fortalece a cientificidade da Enfermagem ao utilizar o PE e as teorias de enfermagem numa aplicabilidade prática, com uma população e um cenário ainda muito carentes de atenção.

2 OBJETIVOS

Geral

- Descrever a implementação do Processo de Enfermagem a pessoas com insuficiência cardíaca em acompanhamento domiciliar, com vistas ao conforto, fundamentado na Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba.

Específicos

- Identificar os diagnósticos de enfermagem pertinentes às situações/ações de conforto nas dimensões física, ambiental, sociocultural e psíquica;
- Estabelecer os resultados esperados para os diagnósticos de enfermagem, enquanto promotores de alívio, tranquilidade ou transcendência;
- Estabelecer intervenções/atividades de conforto de acordo com os resultados esperados para os diagnósticos identificados;
- Avaliar as respostas de conforto resultantes das intervenções propostas.

3 ESTADO DA ARTE

Para aprofundamento no tema em estudo, realizou-se revisão na literatura acerca do cuidado clínico de enfermagem, da insuficiência cardíaca, do cuidado domiciliar tendo a família como rede de apoio, da Sistematização da Assistência de Enfermagem, do Processo de Enfermagem e dos cuidados de conforto, a fim de investigar o estado da arte com vistas à fundamentação da investigação proposta.

3.1 Cuidado clínico de enfermagem

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

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

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

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

Estas concepções nos remonta ao modelo biomédico, ainda vigente, mas que não condiz com as necessidades de saúde dos indivíduos, pois é distante, verticalizado, promove a fragmentação do saber e divisão do conhecimento ao valorizar mais a parte que o todo, e não permite que a subjetividade e individualidade do sujeito sejam considerados no processo terapêutico.

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

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

Este é um processo ainda em fase de construção. Muitas definições de cuidado, clínica e cuidado clínico são belíssimos, mas ainda continuam na teoria. A aplicabilidade destes na prática não é fácil, pois perpassa por problemas estruturais dos serviços de saúde e demandam tempo e esforço para serem internalizados e praticados pelos profissionais.

Sendo assim, o cuidar em enfermagem é um constructo articulado à realidade da assistência, que surge, incorporando concepções esquecidas voltadas ao zelo, à preocupação, a medida que a profissão *re-pensa* e reformula os seus conceitos, num caminhar evolutivo de construção e/ou *re-visão* do seu fazer (CRIVARO; ALMEIDA; SOUZA, 2007).

A Enfermagem tem passado por profundas mudanças, buscando uma outra maneira de cuidar. Para tanto, procura se afastar do assistencialismo e vislumbra um novo horizonte repleto de possibilidades, como, por exemplo, o cuidar que preserva o indivíduo na sua singularidade, integralidade e seu contexto de vida, favorecendo o olhar holístico e possibilitando uma relação de diálogo e confiança. Para dar forma a esse modo de ser-agir, retoma aspectos intrínsecos ao ser humano e à enfermagem, como a solicitude, a sensibilidade, o contato, a relação terapêutica, *re-criando* seus contornos com o traço marcante do artista que se redescobre (CRIVARO; ALMEIDA; SOUZA, 2007; MELEIS, 2012).

Portanto, busca-se um cuidar que envolve olhar o outro, estabelecer condições para que o outro cresça, estar disponível para vê-lo e ouvi-lo, com a finalidade de confortar, aliviar, proteger (WALDOW, 2008).

Meleis (2012) afirma que a relação de cuidado entre o enfermeiro e o paciente é, acima de tudo, uma relação entre seres humanos, cuja finalidade é a preservação da dignidade. O autor, da mesma forma, propõe que, por meio de processos de cuidado individualizados de enfermagem, descobre-se as forças de saúde dos indivíduos, e assim, contribui-se para a sua mobilização, maximiza-se os recursos disponíveis, e habilitam-se as pessoas a usarem recursos para alcançar o seu bem-estar. Este acompanhamento integra o conjunto de valores e crenças do sujeito, os quais beneficiam a prestação de cuidados e a prática profissional. Ser capaz de captar o significado da experiência vivida é a base para o cuidado dos indivíduos.

Assim, acredita-se que o cuidado só pode ser eficazmente demonstrado e praticado de modo transpessoal, no qual a consciência de cuidado vai além da dimensão biológica, material, sendo capaz de transcender o tempo, o espaço e o corpo físico (WATSON, 2008).

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

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

Mas o sentido da clínica não se reduz a esse movimento do inclinar-se sobre o leito do doente, como mostra a seguinte análise proposta a partir do sentido

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

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

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

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

3.2 Insuficiência cardíaca

As doenças crônicas, dentre elas a IC, continuam a se configurar como problema de saúde pública, em razão de seus altos índices e necessidade de acompanhamento contínuo nos serviços de saúde, acarretando custo elevado e

crescente prevalência nos países desenvolvidos e em desenvolvimento (JORGE et al., 2011).

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

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

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

Dados do IBGE (2009) mostram que há no Brasil cerca de dois milhões de pessoas com IC, sendo diagnosticados 240 mil casos por ano. Dados referentes ao Sistema Único de Saúde (SUS), que responde por 80% do atendimento médico da população brasileira, mostram que as doenças cardiovasculares são a terceira causa de internação, sendo a IC a causa mais frequente entre as doenças cardiovasculares após os 60 anos (SCHMIDT et al., 2011). No ano de 2010, a IC foi responsável por 2,3% das hospitalizações e por 5,8% dos óbitos registrados pelo SUS, contribuindo com 3% do consumo total de recursos desse sistema (DATASUS, 2010).

A IC crônica tem sido classicamente categorizada com base na intensidade de sintomas em 4 classes propostas pela *New York Heart Association*. Estas classes estratificam o grau de limitação imposto pela doença para atividades cotidianas do indivíduo; vale dizer, portanto, que esta classificação além de possuir

caráter funcional, é também uma maneira de avaliar a qualidade de vida do paciente frente a sua doença (BOCCHI et al., 2009). As quatro classes propostas são:

Classe I - ausência de sintomas (dispneia) durante atividades cotidianas.

A limitação para esforços é semelhante à esperada em indivíduos normais;

Classe II - sintomas desencadeados por atividades cotidianas;

Classe III - sintomas desencadeados em atividades menos intensas que as cotidianas ou pequenos esforços;

Classe IV - sintomas em repouso.

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

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

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

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

Alguns fatores que contribuem para essas elevadas reinternações por descompensação da IC estão relacionados ao pouco conhecimento dos pacientes sobre a doença e tratamento, à incapacidade para reconhecer sinais de piora, à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, à idade avançada e ao suporte social inadequado ou isolamento social (VAN DER WAL; JAARSMA; VAN VELDHUISEN, 2005).

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

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

A despeito do avanço terapêutico aos pacientes com IC e independente dos fatores individuais que contribuem para as readmissões, sabe-se que as taxas permanecem altas mundialmente, o que faz com que se busquem novas alternativas permeando cada vez mais o contexto preventivo (FEIJÓ, 2012).

Com o avanço no entendimento da fisiopatologia da IC e principalmente com o reconhecimento de que muitos fatores precipitantes são preveníveis, surgiram em meados da década de noventa, os programas de manejo da IC conduzidos por equipe multidisciplinares. A estratégia dessa abordagem consiste em aperfeiçoar as habilidades para o autocuidado de pacientes e familiares, no que envolve o processo de educação e do complexo tratamento para a IC (RIEGEL et al., 2009). Resultados de revisões sistemáticas indicam que a estratégia multidisciplinar, quando envolve acompanhamento por equipe especializada, reduz hospitalizações por IC e mortalidade (MCALISTER et al., 2004; CHEN et al., 2012).

Outra estratégia já comprovada foi o acompanhamento através de monitoração por telefone e de visita domiciliária de forma intensiva e sistemática (SAUER et al., 2010). Um ensaio clínico controlado realizado para avaliar a efetividade de um programa educativo de enfermagem (encontros educativos, visitas domiciliárias, tele-enfermagem e cartilha impressa) no melhoramento dos comportamentos de autocuidado em pacientes com IC, mostrou que a intervenção

educativa de enfermagem estudada teve efeito benéfico sobre tais comportamentos (RODRÍGUEZ-GÁZQUEZ; ARREDONDO-HOLGUÍN; HERRERA-CORTÉS, 2012).

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

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

3.3 Cuidado domiciliar e família como rede de apoio

Por possuir condição de adoecimento crônico, os pacientes com IC devem possuir uma rede de apoio, tanto com os serviços de saúde, como com a família e a comunidade, que lhes permitam seu bem-estar. As internações e intercorrências, por mais que possam ser frequentes, não são maiores que a permanência do paciente em domicílio. Sendo assim, o acompanhamento destes em suas residências, com capacitação para o autocuidado e inserção da família neste processo são imperiosos.

A utilização do domicílio como espaço de cuidado à saúde expandiu mundialmente a partir da segunda metade do século XX, como espaço de cuidado que responde ao aumento dos custos com os atendimentos hospitalares e a indisponibilidade dos serviços de saúde para atender à demanda da população, especialmente frente ao envelhecimento e incremento da carga de doenças crônicas. Assim, o uso do domicílio como espaço de atenção procurou racionalizar a utilização dos leitos hospitalares, reduzir os custos da assistência e estabelecer uma lógica de cuidado sustentado na humanização (SILVA et al., 2005; MARTINS et al., 2009).

O atendimento domiciliar pode ainda ser utilizado como um método, uma tecnologia ou um instrumento (LOPES; SAUPE; MASSAROLI, 2008) facilitador na abordagem do paciente e de sua família no atendimento de saúde (SANTOS; KIRSCHBAUM, 2008).

Os profissionais de saúde deslocam-se às residências dos indivíduos objetivando a avaliação de suas necessidades. Esses profissionais devem considerar a família e o ambiente onde vivem, estabelecendo um plano assistencial que considere a necessidade do indivíduo, a disponibilidade do serviço e a continuidade do cuidado pelos familiares orientados (FERREIRA; CANAVEZ, 2010). Devem se envolver participativamente no processo terapêutico, juntamente com paciente e família, o que garantirá a conquista de um cuidado de qualidade (PASKULIN; DIAS, 2002).

Os benefícios dessa abordagem são confirmados por diversos estudos experimentais em IC, especialmente nas duas últimas décadas (DAVIDSON et al., 2005; IRAÚRGUI et al., 2007; BOWLES; HOLLAND; HOROWITZ, 2009; BROTONS et al., 2009; GENET et al., 2011).

O enfermeiro apresenta-se como figura central no processo de produção do cuidado na atenção domiciliar, seja pela intermediação que faz com os demais profissionais, seja pelo vínculo que constrói com a família e os usuários (FRANCO; MERHY, 2008). Estudo evidencia que a presença da equipe de enfermagem parece ter um papel fundamental de amparo no espaço domiciliar, tanto para o paciente como do próprio cuidador (OLIVEIRA et al., 2012).

A inserção do trabalho da enfermagem nas modalidades de atenção domiciliar, além de ser espaço para criação de novas relações, pode representar um componente de qualificação do cuidado, ao assumir novos modos de produção do cuidado que atendem às necessidade de saúde do usuário e da família. Assim, sua inserção é justificada pelo uso apropriado das tecnologias leves, as quais sugerem mecanismos mais relacionais de construção do cuidado (SILVA et al., 2012a).

O grande diferencial do cuidado domiciliar é a humanização no atendimento, reconhecida pelos pacientes, tanto pelo ambiente, visto que os profissionais estão no território do outro, quanto pela interação com a família (PASKULIN; DIAS, 2002).

O cuidado dispensado pelos familiares muitas vezes não é o mais recomendado tecnicamente, porém, muito acrescenta à recuperação desse familiar

que necessita de cuidado, o vínculo afetivo, o conhecimento que o familiar tem do seu doente e sua história de vida (MARTINS et al., 2009). A família é uma das fontes mais importantes de apoio, na qual estão incluídos os parentes e amigos (PEREIRA; COSTA, 2007; GÓMEZ, 2011). Ser cuidado por um familiar gera um sentimento de satisfação e gratidão (MARTINS et al., 2009).

Resultados de um estudo demonstraram que os familiares cuidadores, em alguns momentos, sentem carência de informações sobre as práticas de cuidado necessárias para com o doente. Estes denotam o desejo de receber auxílio, o que poderia melhorar a qualidade de vida do familiar e também a sua, pois se reduziriam as sensações angustiantes, características da falta de conhecimento sobre determinada situação (GARCIA et al., 2012). Acredita-se que o apoio e a identificação dos sentimentos vivenciados pelos cuidadores e pelo paciente são fundamentais na atenção a eles destinada (OLIVEIRA et al., 2012).

O exposto corrobora que o processo de adentrar o domicílio dos usuários é bastante benéfico, pois possibilita o suprimento destas carências. Contudo, este processo requer dos profissionais preparo, habilidade de comunicação, ética profissional, conhecimento dos mecanismos para prover à família um cuidado educativo, pautado em ações de prevenção e promoção da saúde (SANTOS; KIRSCHBAUM, 2008).

Alguns estudos vêm demonstrando que a falta de comunicação dos profissionais de saúde para com o paciente e família, tem gerando sentimento de descaso e carência de orientações. Esta precariedade de informações tem feito com que a família assuma a responsabilidade dos cuidados do paciente, sem que esteja devidamente preparada para isto (GARCIA et al., 2012).

As necessidades de aprendizado do paciente e da sua família precisam ser identificadas e abordadas, sempre que necessário. O nível funcional do indivíduo, seus mecanismos de aceitação e os sistemas de apoio são de primordial importância, haja vista que a orientação de enfermagem ao paciente, aos seus familiares e a outras pessoas que o apoiam na sua recuperação é de extrema importância para que a sua evolução e reabilitação sejam otimizadas (SMELTZER; BARE, 2005).

Entretanto, um ponto que se apresenta de maneira desfavorável para uma relação entre equipe e família/paciente refere-se à linguagem técnico-científica. Esta pode dificultar a compreensão das informações transmitidas ao paciente e ao

cuidador (OLIVEIRA et al., 2012). Ressalta-se a importância da adotar uma linguagem acessível, valorizando a escuta, com um olhar de tranquilidade, uma palavra de encorajamento que eleve a autoestima do paciente (MORAIS et al., 2009).

Esta questão perpassa o caminho da comunicação, a qual é apresentada aos enfermeiros, no início da graduação, como um dos instrumentos básicos da Enfermagem. Ressalta-se que básico é considerado aquilo que é fundamental, essencial. Assim, é importante superar a fragilidade da comunicação entre profissionais e cuidadores/doentes, pois, por vezes, os interesses de uns não correspondem às expectativas dos outros (GARCIA et al., 2012).

Vale ressaltar que o verbalismo não é absoluto como meio de comunicação; há de se considerar a comunicação não verbal, uma vez que os gestos e as expressões são inerentes às relações estabelecidas entre profissionais e cuidadores. Esse tipo de comunicação pode auxiliar no compartilhamento de informações sobre os cuidados, pois estar ao lado, segurar na mão e olhar nos olhos demonstram empatia e a possibilidade de uma maior aproximação entre os indivíduos, o que poderia contribuir para a união dos saberes entre os setores de cuidado e um melhor cuidado domiciliar (GARCIA et al., 2012).

Assim, a comunicação deve ser utilizada pelos profissionais da enfermagem como uma ferramenta para humanizar o cuidado, viabilizando o diálogo com os pacientes e familiares, esclarecendo-lhes as dúvidas sobre o tratamento, minimizando ansiedades e angústias (MORAIS et al., 2009).

A OMS, em seu documento “Cuidados inovadores para as condições crônicas”, enfatiza que o paciente portador de doença crônica carece de cuidados planejados, capazes de prever suas necessidades básicas e proporcionar atenção integrada. Essa atenção envolve tempo, cenário da saúde e cuidadores, além de treinamentos para que o paciente aprenda a cuidar de si mesmo em sua residência. O paciente e seus familiares precisam de suporte, de apoio para a prevenção ou administração eficaz dos eventos crônicos (OMS, 2003).

No atendimento domiciliar de pacientes com IC, o enfermeiro necessita desenvolver habilidades clínicas para avaliação de pacientes instáveis e graves, estabelecer excelente comunicação e capacidade de trabalhar, independentemente da situação e do local encontrado (DAVIDSON et al., 2005).

Além disso, nos cuidados domiciliários, o enfermeiro imerge no espaço cultural e vivencial de cada família, o que exige uma grande capacidade de adaptação, mas também de compreensão das diferentes particularidades de cada um desses espaços no sentido de conquistar a confiança das pessoas cuidadas, o que lhe permitirá utilizar todos os recursos em prol do projeto terapêutico. Esta situação implica que o cotidiano do trabalho exige reflexão sobre a necessidade de se adotar comportamentos e posturas inovadoras (PRADEBON et al., 2011).

No cenário domiciliar, enfermeiro e família devem atuar conjuntamente, potencializado este ambiente e as relações sociais nele contidas como potencialmente promotora de conforto ao paciente com IC. Garcia et al. (2012) enfatizam que a intencionalidade de desenvolver relações de reciprocidade, de interação, de diálogo e de solidariedade caracteriza momentos de bem-estar e conforto.

Neste contexto, também é importante o desenvolvimento de outras habilidades do enfermeiro, como a tomada de decisão, que exige competências técnico-científicas, éticas, estéticas e humanísticas. Também é necessário pensar criticamente, julgar, inferir e, assim, organizar o processo de cuidado para garantir os melhores resultados possíveis (CROSSETTI et al., 2011).

Portanto, a visita domiciliária é considerada uma estratégia fundamental, que proporciona a consolidação e a operacionalização da prática profissional de enfermagem, de acordo com o modelo de atenção à saúde proposto pelo Sistema Único de Saúde (LOPES; SAUPE; MASSAROLI, 2008).

Nesse espaço de atenção à saúde ainda existe uma grande lacuna, e os enfermeiros podem ser considerados como alguns dos protagonistas na ocupação do mesmo. Para isso, esses profissionais necessitam instrumentalizar-se e desenvolver habilidades que possam favorecer a qualidade do trabalho (AZZOLIN et al., 2012).

Uma das estratégias para o aprimoramento pode ser o uso da metodologia do processo de enfermagem aliada ao uso dos sistemas de classificação, que apresentam linguagem padronizada dos elementos da prática de tal profissão. Além disso, o uso de referenciais teóricos corroboram para a aplicação do processo de forma singularizada, além de valorizar o saber científico da Enfermagem.

3.4 Sistematização da Assistência de Enfermagem e Processo de Enfermagem

O processo de sistematização da assistência de enfermagem no Brasil continua em fase de construção, procurando caminhos e estratégias que sejam aplicáveis nas diferentes áreas de atuação profissional (FIGUEIREDO et al., 2006).

A SAE é o modelo metodológico ideal para o enfermeiro aplicar seus conhecimentos técnico-científicos na prática assistencial, favorecendo o cuidado e a organização das condições necessárias para que ele seja realizado, promovendo um cuidar de enfermagem contínuo, mais justo e com qualidade para o paciente/cliente (BITTAR; PEREIRA; LEMOS, 2006).

Um dos meios de se operacionalizar a SAE é a utilização do método científico, substituindo-se o modo empírico por uma estrutura de organização para a assistência de enfermagem (ANTUNES; GUEDES, 2010). A SAE consiste em realizar o PE de forma contínua e integral (DOENGES; MOORHOUSE; MURR, 2011).

O PE descreve como os enfermeiros organizam o atendimento de indivíduos, famílias, grupos e comunidades. Esse processo vem sendo amplamente aceito pelos enfermeiros desde 1967 (YURA; WALSH, 1967). No começo, o PE foi descrito como tendo quatro componentes: coleta de dados, planejamento, implementação e avaliação. Logo após, porém, lideranças de enfermagem reconheceram que o sentido dos dados coletados na investigação deveria ser identificados antes de os enfermeiros poderem planejar, e as intervenções poderem ocorrer. Hoje, o PE é descrito como um processo dinâmico e com cinco partes (DOENGES; MOORHOUSE, 2008; ANA, 2010; WILKINSON, 2012).

As fases do PE são: levantamento de dados; diagnóstico de enfermagem; planejamento de enfermagem; implementação; e avaliação de enfermagem. Segue a descrição de cada fase (COFEN, 2009):

I – Levantamento de dados de Enfermagem – processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.

II – Diagnóstico de Enfermagem – processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de

decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.

III – Planejamento de Enfermagem – determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem.

IV – Implementação – realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem.

V – Avaliação de Enfermagem – processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do PE.

O PE deve estar baseado num suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem; e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados (COFEN, 2009).

Os enfermeiros identificam o sentido dos dados coletados por meio de julgamento clínico. Este julgamento é definido como “uma interpretação ou conclusão sobre as necessidades, as preocupações ou os problemas de saúde do paciente, e/ou a decisão de agir (ou não), usar ou modificar abordagens padronizadas, ou improvisar novas abordagens entendidas como apropriadas, por meio da resposta do paciente” (TANNER, 2006, p. 204). Continuamente os enfermeiros usam o julgamento clínico para dar sentido aos dados coletados como a base ao oferecimento de intervenções de enfermagem para o alcance de resultados positivos de saúde (NANDA-I, 2013).

A documentação do PE tem se favorecido do uso de sistemas de classificação que contribuem para o aumento da visibilidade e para o reconhecimento da profissão. Além disso, propicia uma melhor comunicação e, por conseguinte, a qualificação do cuidado ao indivíduo, à família e à comunidade (AZZOLIN, 2011).

Atualmente existem diversos sistemas de classificação. Dentre os mais estudados estão a Classificação dos Diagnósticos de Enfermagem, NANDA Internacional (NANDA-I), dos resultados de enfermagem, *Nursing Outcomes Classification* (NOC) e das intervenções de enfermagem, *Nursing Intervention Classification* (NIC). Essas classificações podem ser utilizadas com diversos referenciais teóricos, nos mais diversos domínios e ambientes da prática de enfermagem (JOHNSON et al., 2009).

Se por um lado existem diversas pesquisas na área de diagnósticos de enfermagem, nas mais diversas áreas do conhecimento, por outra, as intervenções e os resultados ainda permanecem pouco explorados em estudos clínicos (AZZOLIN, 2011).

Confirmando essa observação, resultados de uma revisão integrativa, com dados de estudos nacionais e internacionais sobre o uso de sistemas de classificação de enfermagem na assistência, demonstraram que dentre os cinco sistemas encontrados, os principais foram NANDA-I, NOC e NIC. Esses foram responsáveis por 50% das publicações analisadas, porém menos da metade era de estudos referentes à implementação prática das classificações (FURUYA et al., 2011).

Estudos que identificam intervenções de enfermagem específicas para determinadas condições clínicas ainda são insuficientes, especialmente em cuidado domiciliar (SCHNEIDER; SLOWIK, 2009).

Em vista de sua maior utilização tanto no cenário internacional como nacional, as classificações que serão utilizadas no desenvolvimento desse estudo serão: para diagnósticos de enfermagem a NANDA-I, para resultados de enfermagem a NOC e para intervenções de enfermagem a NIC.

Retomando às origens dessas classificações, a linguagem padronizada na enfermagem teve início em 1973 com o surgimento da classificação de diagnósticos da *North American Diagnosis Association* (NANDA), que em 2002 passou a ser denominada NANDA Internacional (NANDA-I), devido à sua utilização em diversos países (NANDA-I, 2013).

Essa Associação criou a Taxonomia I visando a desenvolver, padronizar e divulgar os diagnósticos dos problemas de enfermagem entre os enfermeiros de lugares diferentes. No Brasil, a primeira revisão e a tradução da NANDA-I foram realizadas por Nóbrega e Garcia em 1994.

A Taxonomia II da NANDA-I surgiu após a Taxonomia I ter sofrido alterações no seu arcabouço estrutural. Estas foram feitas baseadas na estrutura dos Padrões Funcionais de Saúde de Gordon (1998), apesar de a estrutura taxonômica final ter ficado bastante diferente da original de Gordon. Essas mudanças reduziram erros decorrentes de classificações incorretas e redundâncias à quase zero, estado muito mais desejado numa estrutura taxonômica (NANDA-I, 2013).

A nova taxonomia foi primeiro publicada na edição 2001-2002. Foi nessa época que a NANDA-I começou a negociar uma aliança com o Centro de Classificação da Escola de Enfermagem da Universidade de Iowa (EUA). Como parte dessa aliança, foi cogitada a possibilidade do desenvolvimento de uma estrutura taxonômica comum para a prática da enfermagem, incluindo a NANDA-I (diagnósticos de enfermagem), a NOC (resultados de enfermagem) e a NIC (intervenções de enfermagem). A finalidade era estabelecer relações claras entre as três classificações, facilitando o elo entre os três sistemas (NANDA-I, 2013).

Segundo os autores da NANDA-I, um diagnóstico de enfermagem é um “julgamento clínico das respostas/experiências do indivíduo, da família ou comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais (...) constitui a base para seleção das intervenções de enfermagem para alcançar resultados pelos quais o enfermeiro é responsável” (NANDA-I, 2013, p. 588).

Os diagnósticos de enfermagem (DE) constituem-se em um marco referencial do início da segunda geração do Processo de Enfermagem, quando este deixa de ter uma lógica de solução de problemas e passa a pautar suas decisões baseado no processo de pensamento crítico e raciocínio clínico (PESUT; HERMAN, 1999; LUCENA; ALMEIDA, 2010).

O processo intelectual para elaborar o diagnóstico exige que o enfermeiro seja objetivo para interpretar os dados com precisão, evitando a percepção baseada em seus valores ou crenças, utilize suas habilidades cognitivas na formação de hipóteses e seja capaz de tomar decisão (RISNER, 1990).

Com o uso do termo “diagnóstico de enfermagem”, ficou claro que os enfermeiros diagnosticam. Antes disso, o julgamento clínico utilizado na prática para decidir o foco do atendimento de enfermagem era invisível ou não era mencionado, ou denominado. Contudo, nas instituições de atendimento de saúde em que enfermeiros não utilizam diagnósticos de enfermagem, ou fazem uso deles sem

preocupação com a precisão, a invisibilidade de seu papel como diagnosticadores ainda pode existir (NANDA-I, 2013).

Atualmente a taxonomia II da NANDA Internacional está estruturada em três níveis: domínios, classes e diagnósticos de enfermagem. Um domínio é uma esfera de conhecimentos, influências e questionamentos; uma classe é um grupo, conjunto ou tipo que compartilha atributos comuns. Cada DE pertence a um domínio e a uma classe e possui um código numérico. São compostos por título, definição, características definidoras e fator relacionado ou fator de risco (NANDA-I, 2013).

O estabelecimento do título (nome do diagnóstico) é feito considerando que os diagnósticos da NANDA-I são conceitos, e estes, são construídos por meio de um sistema multiaxial. É um sistema que consistem em eixos, nos quais os componentes são combinados para tornar os diagnósticos, substancialmente, iguais na forma, coerentes com o modelo ISO. Um eixo, na taxonomia II, é definido, de forma operacional, como uma dimensão da resposta humana considerada no processo diagnóstico. Há sete eixos:

- Eixo 1: foco diagnóstico
- Eixo 2: sujeito do diagnóstico (indivíduo, família, grupo ou comunidade)
- Eixo 3: julgamento (p. ex., prejudicado, ineficaz, etc.)
- Eixo 4: localização (p. ex., vesical, auditivo, cerebral)
- Eixo 5: idade (p. ex., bebê, criança, adulto, etc.)
- Eixo 6: tempo (crônico, agudo, intermitente)
- Eixo 7: situação do diagnóstico (real, de risco, de promoção da saúde).

Os eixos estão representados nos títulos dos DE por meio de seus valores. Em alguns casos, recebem nomes explícitos, em outros, está implícito. Contudo, o nome do diagnóstico inclui, pelo menos, o foco do diagnóstico (do Eixo 1) e o julgamento de enfermagem (do Eixo 3). Trata-se de um termo ou uma expressão concisa que representa um padrão de pistas relacionadas. Pode incluir modificadores (NANDA-I, 2013).

A definição de um DE oferece uma descrição clara e precisa; delinea seu significado e ajuda a diferenciá-lo de diagnósticos similares. As características definidoras são pistas/inferências observáveis que se agrupam como manifestações de um DE real ou de promoção da saúde. Os fatores de risco são fatores ambientais e elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos ou químicos que aumentam a vulnerabilidade de um indivíduo, uma família, um grupo ou uma comunidade a um

evento insalubre. Somente diagnósticos de risco tem fatores de risco. Por fim, os fatores relacionados, presentes apenas em DE reais ou síndromes, são fatores que parecem mostrar algum tipo de relação padronizada com o DE. Podem ser descritos como antecedentes de, associados a, relacionados a, contribuintes para ou estimuladores (NANDA-I, 2013).

A edição 2012-2014 da NANDA-I, traduzida para o português no Brasil, organiza os diagnósticos de enfermagem em 13 domínios e 47 classes. De acordo com essa estrutura taxonômica, selecionou-se para esse estudo, por proximidade com o referencial teórico de Katharine Kolcaba, os diagnósticos que se encontram na taxonomia II da NANDA-I, no domínio 12 – Conforto, nas classes conforto físico, conforto ambiental e conforto social (NANDA-I, 2013).

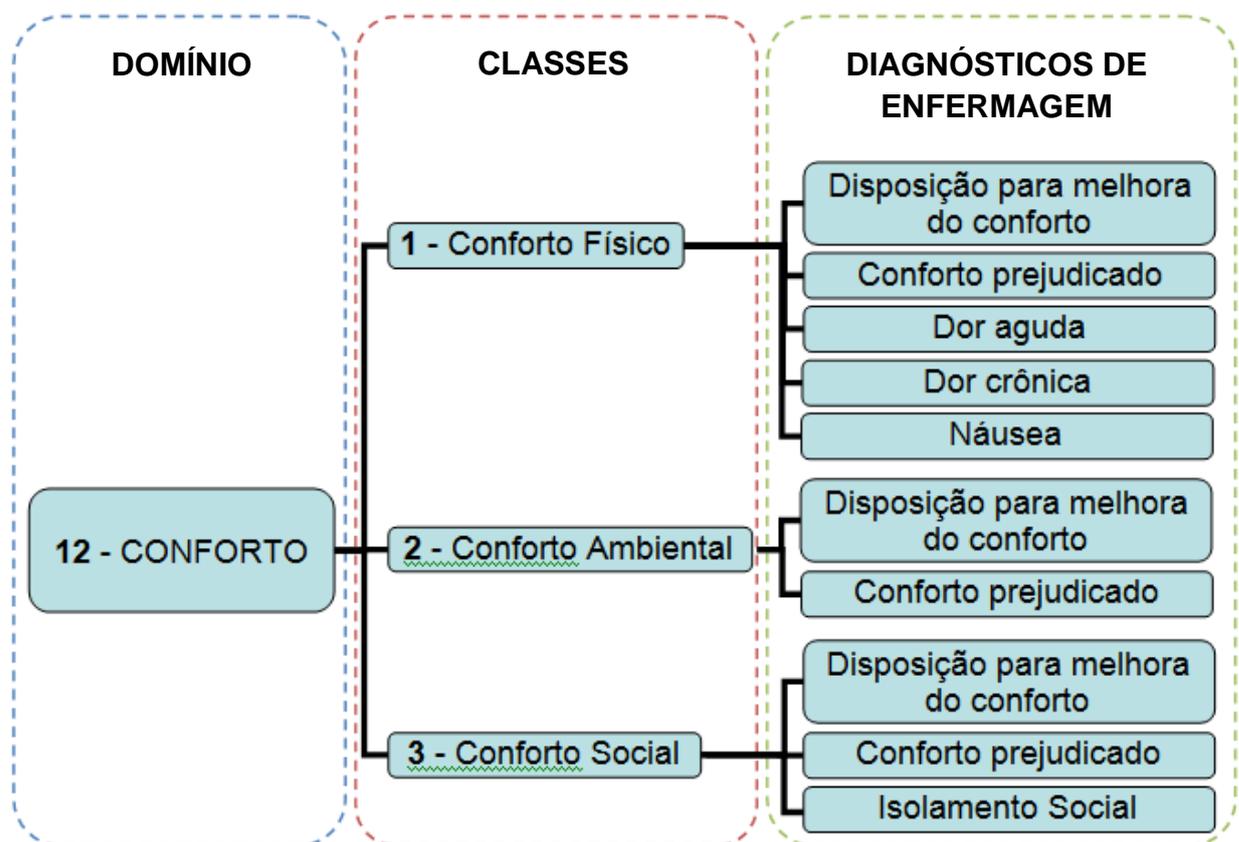


Figura 1. Organograma representativo do domínio 12 (conforto) da NANDA-I (2013).

O domínio conforto é definido como sensação de bem-estar ou tranquilidade mental, física ou social e engloba as classes: Conforto Físico (*Physical Comfort*), como sensação de bem-estar ou tranquilidade e/ou estar livre da dor; Conforto Ambiental (*Environmental Comfort*), como sensação de bem-estar ou

tranquilidade no/com o próprio ambiente; e Conforto Social (*Social Comfort*), como sensação de bem-estar ou tranquilidade com a situação social (NANDA-I, 2013).

Os DE do domínio conforto são seis e estão presentes em mais de uma classe dentro deste domínio. Segue definição segundo a Taxonomia II da NANDA-I destes DE (NANDA-I, 2013):

-Disposição para melhora do conforto (00183): padrão de sensação de conforto, alívio e transcendência nas dimensões física, psicoespiritual, ambiental e/ou social que é suficiente para o bem-estar e pode ser fortalecido.

-Conforto prejudicado (00214): falta percebida de sensação de conforto, alívio e transcendência nas dimensões física, psicoespiritual, ambiental, cultural e social.

-Dor aguda (00132): experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão (Associação Internacional para o Estudo da Dor); início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível e duração de menos de seis meses.

-Dor crônica (00133): experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão (Associação Internacional para o Estudo da Dor); início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, constante ou recorrente, sem um término antecipado ou previsível e com uma duração de mais de seis meses.

-Náusea (00134): um fenômeno subjetivo de uma sensação desagradável, na parte de trás da garganta e no estômago, que pode ou não resultar em vômito.

-Isolamento social (00053): solidão experimentada pelo indivíduo e percebida como imposta por outros e como um estado negativo ou ameaçador.

Cada DE possui características definidoras e fatores relacionados que tornam maior sua especificidade para as necessidades de cada sujeito.

Retomando à classificação de intervenções de enfermagem, as pesquisas para desenvolvimento destas iniciou em 1987, com um grupo de pesquisadores da Universidade de Iowa, culminando na *Nursing Interventions Classification* (NIC), publicada pela primeira vez em 1992, mas somente traduzida para o português em 2004, em sua terceira edição. Essa classificação – diferente da NANDA-I, que está voltada para o paciente – apresenta como foco o enfermeiro, ou seja, as atividades

profissionais que auxiliariam o paciente a atingir as metas desejadas (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008; JOHNSON et al., 2009).

A NIC é abrangente e pode ser utilizada em todos os locais da prática de enfermagem, desde unidades de terapia intensiva até domicílios, pois contempla aspectos fisiológicos e psicossociais do ser humano; pode ainda ser associada a qualquer terminologia diagnóstica e a qualquer referencial teórico, visto que é neutra em termos de teoria (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008).

Na NIC, uma intervenção é definida como qualquer tratamento baseado no julgamento e no conhecimento clínico realizado por um enfermeiro para melhorar os resultados do paciente/cliente (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008).

As intervenções da NIC estão inseridas dentro de um domínio e de uma classe e são compostas por título, definição e um código numérico padrão. A estrutura atual apresenta sete domínios, seguidos por 30 classes e por 542 intervenções, com mais de 12.000 atividades/ações. Cada intervenção apresenta, também, uma lista de aproximadamente 10 a 30 atividades, que podem ser selecionadas de acordo com a necessidade de cada paciente e do julgamento clínico do enfermeiro. O profissional pode, igualmente, acrescentar alguma outra atividade que julgue necessária, desde que coerente com a definição da intervenção (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008; LUCENA; ALMEIDA, 2010).

No cenário do domicílio, embora ainda de modo incipiente, as pesquisas têm apontado para a eficácia das intervenções NIC, medidas por meio dos resultados propostos pela NOC, conforme estudo em pacientes com doenças crônicas que apresentaram melhora do conhecimento e do autocuidado (ROJAS-SÁNCHEZ et al., 2009; GUEVARA; ESTUPIÑAN; DÍAZ, 2011).

A necessidade de avaliação dos resultados das intervenções de enfermagem despertou nos pesquisadores o interesse pelo desenvolvimento de uma nova classificação. Assim, pesquisadores da Universidade de Iowa, a exemplo da NIC, também desenvolveram a *Nursing Outcomes Classification* (NOC), que teve sua primeira versão publicada em 1997. No Brasil, a sua primeira publicação ocorreu em 2004, com a tradução da segunda edição (JOHNSON et al., 2009).

A NOC conceitua resultado como um estado, comportamento ou percepção de um indivíduo, família ou comunidade, medido ao longo de um *continuum* em resposta a uma intervenção de enfermagem (MOORHEAD et al., 2010).

Sua estrutura apresenta sete domínios, seguidos por 31 classes e por 385 resultados. A seleção dos indicadores a serem avaliados em cada paciente fica a critério do profissional responsável pelo cuidado, visto que a NOC pode ser utilizada por qualquer especialidade da saúde (MOORHEAD et al., 2008).

Os benefícios de se utilizar um sistema de classificação para resultados de enfermagem são fornecer dados necessários para a elucidação do conhecimento da enfermagem e para o desenvolvimento de teorias, além de, fundamentalmente, determinar a eficácia do cuidado e, assim, favorecer a formulação de políticas de cuidados em saúde (RUTHERFORD, 2008).

Acrescenta-se ainda que o emprego da linguagem padronizada facilita o processo de comunicação na prática clínica da Enfermagem, evitando interpretações duvidosas ou errôneas e favorecendo maior qualidade no cuidado prestado, bem como revela a identidade do enfermeiro.

3.5 Cuidado de Conforto

A palavra conforto é utilizada na linguagem comum com um sentido que se associa frequentemente à dimensão física da pessoa baseando-se em algo experimentado, como a ergonomia do vestuário, do mobiliário, condições do ambiente e/ou à sensação interior de bem estar, numa perspectiva mais abstrata. O conceito de conforto pode ser utilizado como verbo, sujeito, adjetivo, advérbio, objetivo, processo e resultado (DANTAS, 2010).

O conforto, etimologicamente, se origina do latim *confortare*, que significa fortificar, certificar, corroborar, conceder, consolar, aliviar, assistir, ajudar e auxiliar. O conforto pode assumir o significado de ato de confortar a si e de confortar o outro. É um estado de prazer e bem-estar (DU GAS, 1988).

Na história da enfermagem, a palavra conforto vem escrita nos manuais, desde Florence Nightingale (2005), que menciona o conforto físico, psicológico e social dos doentes como um resultado desejável a alcançar mediante os cuidados de enfermagem. A habilidade da enfermeira poderia ser avaliada pelos níveis de conforto que o doente obtinha com a aplicação dos seus cuidados. Florence Nightingale foi observando as vantagens e os ganhos em número de vidas pela atenção das enfermeiras a aspectos relacionados com a utilização correta de ar puro, iluminação, aquecimento, limpeza, silêncio, e a seleção adequada tanto da

dieta como da forma de administrá-la – tudo com o mínimo de dispêndio de energia vital do doente. Nigthingale valorizou o ambiente como fator determinante para a manutenção da saúde e recuperação na doença, prestando cuidados globais à pessoa.

Outra referência de Nigthingale ao conforto é ilustrada na seguinte citação do seu livro *Notes of Nursing*: “O alívio e o conforto, sentidos pelo doente após a sua pele ter sido cuidadosamente lavada e enxaguada, é uma das mais comuns observações feitas pelo doente acamado. Não deve ser esquecido, entretanto, que o alívio e o conforto obtidos, de fato, nada mais são do que um sinal de que as forças vitais foram auxiliadas pela remoção de alguma coisa que as oprimia” (NIGHTINGALE, 2005, p.132).

Nas referências feitas na literatura no início do século XX, o conforto foi assumido como o principal objetivo da enfermagem. Em razão de reduzido efeito curativo da medicina, o conforto era valorizado e relacionado com o resultado das boas práticas das enfermeiras (KOLCABA, 2003). Em 1935, num capítulo do livro *Technic of Nursing*, Goodnow cit. in Kolcaba (2003) argumenta que as enfermeiras eram julgadas pela sua habilidade em manter os seus doentes confortáveis, tendo o conforto componentes físicos e mentais.

Atualmente, na enfermagem, o conforto é muito mais do que um posicionamento correto, a manutenção da temperatura, o alívio da dor, assegurar a alimentação ou a eliminação. Proporcionar conforto é chegar a todas as dimensões do ser humano, aliviar não só o desconforto imediato, mas encontrar estratégias, com a pessoa, que produzam efeito a longo prazo, e medidas de adaptação que potencializem a capacidade da pessoa para manter o seu conforto (DANTAS, 2010).

De acordo com um estudo, as medidas que avaliam situações de conforto e desconforto de pacientes devem ir além da verificação de sinais e sintomas, adotando-se a intuição, a percepção e a empatia nesta avaliação (ROSA et al., 2008).

A prática de promover medidas de conforto é imprescindível ao cuidado humanizado e de qualidade ao paciente, no entanto muitas vezes é minimizada frente às tecnologias presentes em ambientes complexos. Ressalta-se sua relevância no restabelecimento da saúde do indivíduo, uma vez que é por meio de medidas de conforto que os enfermeiros e sua equipe promovem reforço, esperança, consolo, apoio, encorajamento e assistência de qualidade. Ainda,

proporciona melhor interação enfermeiro-paciente, bem como, possibilita o estabelecimento de vínculo efetivo, traduzido em confiança por parte do indivíduo cuidado (POTT et al., 2013).

Um outro estudo construiu uma definição de conforto decorrente das perspectivas de enfermeiros e clientes de unidades de internação hospitalar. Neste, conforto foi definido como sendo um estado de relaxamento experimentado no corpo seguido de bem-estar – físico, psicoespiritual e social – em razão do cuidado de enfermagem e da satisfação das necessidades sentidas pelo cliente, podendo resultar em qualidade de vida (SILVA; CARVALHO; FIGUEIREDO, 2011).

Alguns autores como Silva e Kruse (2009) relacionam conforto ao ambiente em que se está inserido, se compararmos o lar como exemplo de conforto, no qual o indivíduo possui seu referencial de vida, tendo seus bens materiais e autonomia para exercer suas atividades habituais, a falta deste ambiente acarretaria em desconforto, como por exemplo, no caso da internação do paciente em uma instituição hospitalar na qual o mesmo não pode realizar suas atividades habituais, possui sentimento de perda da autonomia sobre seu corpo, estando sob os cuidados da equipe de saúde e longe do seu referencial de vida, da família e outras pessoas que norteiam sua convivência social, passando a ter a equipe de saúde como referencial e sua rotina restrita ao leito no hospital.

A partir da segunda metade do século XX, a literatura de enfermagem referencia um número substancial de autoras, entre outras, Ida Orlando, Callista Roy, Hildegard Peplau, Jean Watson, Madeleine Leininger, Josephine Paterson, Loretta Zderad, Joan Hamilton, Janice Morse e Katharine Kolcaba, que contribuíram para o desenvolvimento teórico da enfermagem e para a percepção do conforto como um conceito nobre e um dos seus principais objetivos (APÓSTOLO, 2007).

Ponte (2011) estudou tecnologias do cuidado clínico de enfermagem para o conforto de mulheres com Infarto Agudo do Miocárdio, mediada pelo referencial da Teoria do Conforto de Kolcaba. Aponta-se como resultados principais deste estudo as tecnologias implementadas no contexto físico, dentre elas controlar e aliviar desconforto precordial e sintomatologias clínicas. No psicoespiritual, fortalecer a espiritualidade; esclarecer sobre a pesquisa e o adoecimento. No contexto ambiental, implementar cuidados voltados a promover adaptação à unidade coronariana; proporcionar ambiente propício para conforto e favorecer ambiente descontraído. E, no contexto sociocultural, ficar disponível, adquirindo confiança,

estabelecendo vínculo, fornecendo carinho para ser uma companhia agradável e viabilizar o encontro com as famílias, oferecendo-lhe apoio. A autora considera que a percepção do conforto depende da escolha de tecnologias de cuidar apropriadas a cada situação do cuidado clínico de enfermagem.

Diante destes conhecimentos, na presente investigação, dar-se-á destaque a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba (2003). Esta tem sido utilizada em estudos que abordam o conforto como temática central.

4 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Na sequência, estão apresentados o referencial teórico utilizado para fundamentar a presente investigação e os métodos e procedimentos usados para sua realização. No primeiro momento, mostra-se a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba. Em seguida, são discutidas as etapas da estratégia metodológica para efetivação deste estudo e alcance dos objetivos propostos.

4.1 O referencial teórico

A seguir será apresentado o referencial teórico de Katharine Kolcaba, desde a biografia da teorista, passando pelos passos iniciais do desenvolvimento de sua teoria, apresentação de conceitos, metaparadigmas, representação gráfica, tipos, contextos e estrutura taxonômica do conforto, além dos pressupostos e princípios da teoria.

4.1.1 Biografia de Katharine Kolcaba

Katharine Kolcaba nasceu em 8 de dezembro de 1944, em Cleveland, Ohio - USA. Graduou-se em enfermagem pela *St. Luke's Hospital School of Nursing*, em 1965. Durante muitos anos exerceu, em tempo parcial, a assistência de enfermagem médico-cirúrgica, em moldes de cuidados continuados e de cuidados domiciliares. Pouco depois, voltou a estudar em cursos mais avançados, o que veio a acontecer, em 1987, quando se licenciou no primeiro curso de especialização em enfermagem gerontológica, da *Frances Payne Bolton School of Nursing, Case Western Reserve University (CWRU)*. É especialista também em fim de vida, intervenções e cuidados a longo prazo, estudos de conforto, desenvolvimento de instrumentos, teoria de enfermagem e pesquisa em enfermagem (KOLCABA, 2012).

Juntamente com seus estudos, Kolcaba exerceu função de enfermeira-chefe num serviço para pessoas acometidas por afecções psiquiátricas, mais especificamente, demência senil. Foi nesse contexto que deu início às suas reflexões e teorizações acerca do conforto.

Ao terminar o curso de mestrado em enfermagem, Kolcaba passou a integrar o corpo docente do *College of Nursing* da Universidade de Akron. Até os

dias de hoje tem dado suporte ao Certificado em Gerontologia da *American Nurses Association (ANA)*. Regressou a *CWRU*, posteriormente, para se doutorar em enfermagem, enquanto continuava a ensinar enfermagem em tempo integral na Universidade de Akron.

No doutorado, e durante os dez anos seguintes, utilizou os resultados de sua Tese para desenvolver e explicar sua teoria. Ao longo desse tempo, publicou uma análise do conceito de conforto, juntamente com seu marido, que tem formação em filosofia. Desenvolveu um diagrama dos aspectos do conforto, que tornou funcional o conforto como resultado dos cuidados de enfermagem. E contextualizou o conforto numa teoria de médio alcance, a qual foi testada mediante um estudo de intervenções. As apresentações contínuas sobre sua ideia de conforto foram efetuadas em eventos científicos, em publicações de artigos e em outros veículos de comunicação científica, ajudando no aprimoramento da teoria, e tornando mais fácil sua aplicação.

Atualmente, é professora adjunta de enfermagem da *University of Akron College of Nursing (Ohio)*, nas disciplinas Teoria de Enfermagem e Investigação em Enfermagem. É membro do Conselho de *Elderlife*, uma comunidade e rede de apoio para idosos. Desde sua aposentadoria do ensino em tempo integral, atua nas organizações profissionais *ANA* e *Honor Society of Nursing, Sigma Theta Tau* (KOLCABA, 2012).

A autora mantém, na *internet*, um *site* (<http://www.thecomfortline.com>) com vastas informações sobre a teoria, entrevistas concedidas, artigos publicados e vídeos produzidos. Além disso, disponibiliza o endereço eletrônico kolcaba@uakron.edu para quaisquer intercâmbios com pesquisadores e outros profissionais interessados pela temática conforto no âmbito da enfermagem.

A principal obra publicada de Katharine Kolcaba é *Comfort Theory and Practice: a Vision for Holistic Health Care and Research*, cuja última edição data de 2003 (KOLCABA, 2003).

4.1.2 Desenvolvimento da Teoria

A Teoria do Conforto é uma teoria de Enfermagem desenvolvida na década de 1990 por Katharine Kolcaba durante a elaboração de sua dissertação e tese de pós-graduação *stricto sensu*, quando analisou o conceito de conforto na

pesquisa, teoria e prática. É uma teoria de médio alcance e de fácil operacionalização para a prática de saúde, educação e pesquisa (KOLCABA, 2012).

O interesse pelo aprofundamento sobre conforto iniciou-se quando a teorista era enfermeira coordenadora de uma unidade de saúde para idosos com Alzheimer. Na ocasião, concebia conforto como um estado desejado para aqueles pacientes, ao realizarem atividades especiais (KOLCABA, 2012).

Kolcaba conduziu a análise do conceito de conforto examinando a literatura de diversas disciplinas, incluindo Enfermagem, Medicina, Psicologia, Psiquiatria, Teologia e Ergonomia.

Kolcaba (2003), ao buscar a origem da palavra conforto, encontrou a sua primeira fonte na palavra latina “*confortare*”, cujo significado é fortalecer consideravelmente. Pesquisou usos contemporâneos e arcaicos da palavra conforto em inglês, incluindo seu uso por Shakespeare e por muitos outros autores. Encontrou significados diferentes da palavra conforto, em dicionários. No dicionário Webster, deparou-se com seis diferentes definições e assinalou que, relacionado aos cuidados, um registro histórico rico do uso do conforto foi achado no livro *Notes of nursing*, de Nightingale, em livros de textos antigos, livros de textos novos e na escrita de teóricos da Enfermagem.

Pesquisou sobre os diagnósticos de Enfermagem, em Carpenito, os quais se centravam sobre os antecedentes do conforto, ou seja, nos desconfortos com três valores específicos para o conforto: causa da dor, náusea/vômito e prurido (KOLCABA, 2003).

Nesta primeira revisão, Katharine Kolcaba descreveu seis significados para o conceito do conforto, como descrito abaixo:

Primeiro significado: a causa do alívio do desconforto ou estado de conforto. Intervenção sobre a causa do desconforto, eliminando-a de forma a surgir o alívio que se traduz em conforto (KOLCABA; KOLCABA, 1991).

Segundo significado: estado de tranquilidade e contentamento pacífico, um efeito da ação de pessoas ou coisas que fornecem ajuda ou ânimo. O estado de conforto pressupõe ausência de preocupação, dor, sofrimento entre outros, como causa ou efeito de desconforto. O conforto é o contrário do desconforto. As causas de conforto iniciadas por pessoas ou produzidas por objetos são consideradas forças que contrariam ou neutralizam os efeitos do desconforto. Os enfermeiros frequentemente identificam e eliminam a fonte de desconforto antes que o doente

sinta os seus efeitos e neste sentido pode surgir a ação de confortar sem que antes seja sentido o desconforto, proporcionando um estado de tranquilidade. Quando o desconforto não pode ser evitado é frequentemente compensado com medidas adicionais de promoção de conforto (KOLCABA; KOLCABA, 1991).

Terceiro significado: alívio do desconforto. Este significado do conforto pode ser explicado através dos significados anteriores. O alívio do desconforto é proporcionar conforto, mas não significa um estado de conforto. O alívio pode ser incompleto (aliviar uma causa de muitas que causa o desconforto), parcial (o alívio pode ser um pouco menos desconfortável e não na totalidade) ou temporário (o alívio pode ser por um curto período de tempo). O estado de conforto pressupõe um nível elevado de alívio do desconforto que perdura ao longo do tempo (KOLCABA; KOLCABA, 1991).

Quarto significado: algo que faz a vida mais fácil e agradável. Este significado é compatível com um objetivo hedônico que maximize o prazer. Este sentido é desconhecido na ciência de enfermagem, pelo que foi eliminado da pesquisa sobre o sentido técnico do conforto na enfermagem (KOLCABA; KOLCABA, 1991).

Quinto e sexto significado: surge do significado da palavra oriunda do latim *confortare* “fortalecer grandemente”. No dicionário inglês surgem significados, segundo a autora, como: força, encorajar, ajudar, socorrer, suporte e ainda refrescar ou revigorar fisicamente (KOLCABA; KOLCABA, 1991).

Estes significados indicam renovação, ampliação de poder, sentimentos positivos e uma preparação para a ação. Podemos encontrar todos estes significados, com exceção do último, na literatura científica de enfermagem (KOLCABA; KOLCABA, 1991).

4.1.3 Conceitos da Teoria do Conforto

Os conceitos que Kolcaba articula na sua teoria são: conforto, atendimento de conforto, medidas de conforto, necessidades de conforto, comportamento de busca de saúde, integridade institucional e variáveis intervenientes (MCEWEN; WILLS, 2009).

Segue pequena descrição de alguns desses conceitos, encontrada em Kolcaba (2003):

- Conforto: é um resultado desejável dos cuidados de enfermagem. Consiste numa experiência imediata e holística de fortalecer-se graças à satisfação de suas necessidades.
- Necessidades de conforto: são aquelas identificadas pelo paciente/família em um cenário de prática particular.
- Integridade institucional: os valores, a estabilidade financeira, e a totalidade das organizações de saúde a nível local, regional, estadual e nacional.
- Variáveis intervenientes: são aqueles fatores não susceptíveis de mudanças e sobre os quais tem-se pouco controle (tal como o prognóstico, a situação financeira medida e o apoio social).

4.1.4 Metaparadigmas da Teoria

Os metaparadigmas são conceitos centrais, fenômenos primários com os quais a disciplina preocupa-se; explica como ela lida com tais fenômenos de maneira exclusiva. Os preconizados na elaboração das teorias de enfermagem e definidos como os quatro maiores metaparadigmas são: Enfermagem, Pessoa/Homem/Paciente, Ambiente e Saúde. (MCEWEM; WILLS, 2009).

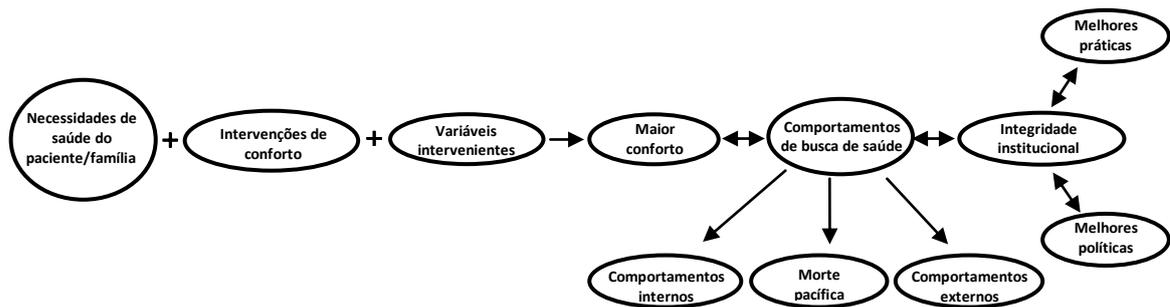
No contexto da Teoria do Conforto, Kolcaba (2003) define os metaparadigmas:

- Enfermagem: é descrita como o processo de avaliação intencional das necessidades de conforto do doente, com delineamento de medidas para satisfazer as necessidades de conforto e fazer a sua reavaliação após implementação dessas medidas de forma a obter uma comparação com a linha base anterior. A avaliação pode ser tanto objetiva, como na observação de cicatrização de feridas, ou subjetiva, como perguntar se o paciente está confortável.
- Pessoa/homem/paciente: podem ser considerados como indivíduos, famílias, instituições ou comunidades carentes de cuidados de saúde a qualquer nível de atuação.
- Ambiente: qualquer aspecto que envolva o paciente, família ou comunidade que pode ser manipulado para obter ganhos em conforto.

- Saúde: é considerado funcionamento ótimo do paciente, família ou comunidade facilitado pelo aumento de conforto.

4.1.5 Representação gráfica da Teoria do Conforto de Kolcaba

Katharine Kolcaba representa graficamente as proposições de sua teoria como forma de facilitar a compreensão por seus usuários:



Fonte: <http://www.thecomfortline.com>

Figura 2. Estrutura conceitual da Teoria do Conforto.

A Figura 1 apresenta o modelo da Teoria do Conforto com os principais conceitos articulados pela teórica. Ao viabilizar a compreensão do conforto como resultado dos cuidados de enfermagem, tem-se as proposições da teoria que podem ser divididas em três momentos (KOLCABA, 2003).

No primeiro momento, o enfermeiro avalia o paciente de forma holística, buscando identificar às necessidades de conforto a partir dos quatro contextos e, simultaneamente, implementa intervenções, ao tempo em que avalia a satisfação de conforto proporcionada por cada ação praticada (KOLCABA, 2003).

No segundo momento, as atividades que promovem conforto são intensificadas e o paciente é preparado, consciente ou inconscientemente, a desenvolver comportamentos que buscam pelo bem-estar, criando um modelo de atividades que promovam conforto. Esses comportamentos de busca de saúde podem ser internos (cura, função imune...), externas (atividades de saúde), ou morte tranquila (KOLCABA, 2003).

O terceiro momento corresponde à integridade institucional, quando instituição e equipe de cuidados são preparadas eticamente para a tentativa de aperfeiçoar a qualidade dos serviços. Inclui a satisfação do paciente, redução de

custos, redução de morbidade e reinternações, assim como melhores políticas e práticas de saúde (KOLCABA, 2003).

4.1.6 Tipos de conforto

Kolcaba descreve o conforto como existindo em três formas: alívio, tranquilidade e transcendência (KOLCABA, 2012).

- Alívio: estado de um paciente que tem satisfeita uma necessidade específica. É satisfazer a necessidade através do controle de fatores de caráter global que causam desconforto, podendo o cliente ficar num estado de calma ou contentamento; uma condição imediata.

A autora apoia-se na teoria de Orlando, e nos transmite que para definir as suas intervenções o enfermeiro deve avaliar as necessidades físicas e mentais do cliente (KOLCABA, 2003).

- Tranquilidade: estado de calma ou satisfação. É satisfazer necessidades específicas, que causam desconforto ou interferem com o conforto, resultantes de uma experiência individual. A tranquilidade pressupõe uma condição mais duradoura e contínua, um estado de contentamento e bem-estar.

A autora fundamenta-se em Virgínia Henderson que definiu 14 necessidades que o cliente deve manter satisfeitas. O enfermeiro ajuda a pessoa, em qualquer condição de saúde a aprender, manter e/ou recuperar, garantindo a satisfação das necessidades, podendo também proporcionar uma morte serena (KOLCABA, 2003).

- Transcendência: estado em que se está por cima dos problemas ou da dor própria. A transcendência, como o mais elevado estado do conforto, traduz-se na satisfação de necessidades de educação e motivação, implica crescimento pessoal, ou seja, preparar o cliente para desenvolver os seus potenciais e realizar as suas atividades com a máxima independência possível, adotando hábitos de vida saudáveis.

A autora menciona a teoria de Paterson & Zderad para se fundamentar, referindo que os enfermeiros podem encetar relações com as pessoas que desenvolvam a capacidade de superar as necessidades das mesmas e terem liberdade para controlar a sua vida (KOLCABA, 2003).

4.1.7 Contextos em que se produz o conforto

Kolcaba descreve quatro contextos em que pode ocorrer o conforto do paciente: físico, psicoespiritual, ambiental e sociocultural (KOLCABA, 2012).

- Físico: pertencente às sensações do corpo.
- Ambiental: inclui o ambiente, as condições e influências externas.
- Sociocultural: pertence às relações interpessoais, familiares e sociais; engloba ainda aspectos financeiros e informações da vida social.
- Psicoespiritual: refere-se à consciência de si próprio, incluindo a autoestima, o autoconceito, a sexualidade; o sentido da vida e relação com um ser supremo.

4.1.8 Estrutura taxonômica do conforto

Kolcaba definiu os níveis de conforto que se podem atingir (alívio, tranquilidade e transcendência) e o contexto onde estes podem ocorrer ou ser percebidos pela pessoa. A partir dessa análise construiu a estrutura taxonômica do conforto (KOLCABA, 2003).

A estrutura taxonômica do conforto (Figura 3) é representada num diagrama de doze células e cada célula representa um atributo do conforto como um resultado positivo dos cuidados de enfermagem. Nesta estrutura do conforto cada célula traduz o conforto nas duas dimensões, de forma interdependente. A mudança ou alteração de um aspecto influencia a outra dimensão.

Contexto em que o conforto ocorre	Tipos de conforto		
	Alívio	Tranquilidade	Transcendência
Físico			
Psicoespiritual			
Ambiental			
Sociocultural			

Fonte: Kolcaba (2003).

Figura 3. Estrutura taxonômica do conforto.

4.1.9 Pressupostos da Teoria

Os pressupostos da Teoria de Kolcaba (2003) descritos são:

- Os seres humanos têm respostas holísticas aos estímulos complexos;
- o conforto é um resultado holístico desejável relativo à disciplina Enfermagem;
- os seres humanos lutam para satisfazer as necessidades básicas de conforto ou para que as satisfaçam;
- o conforto dá ânimo aos pacientes para empreenderem comportamentos de procura da saúde da sua escolha;
- os pacientes, a quem são concedidos poderes para assumir ativamente comportamentos de saúde, estão satisfeitos com seus cuidados de saúde;
- a integridade institucional baseia-se num sistema de valores orientado para os receptores de cuidados.

4.1.10 Princípios da Teoria

Para Kolcaba (2003), no cuidado de Enfermagem, o conforto implica em intervenções que podem ser implementadas para atingir o conforto total do paciente.

1. Os enfermeiros, em conjunto com os outros membros da equipe, identificam as necessidades não satisfeitas dos pacientes no sistema de suporte existente.
2. Os enfermeiros, em conjunto com os outros membros da equipe definem intervenções que vão ao encontro da satisfação dessas necessidades.
3. Outras variáveis são consideradas na definição das intervenções por serem determinantes para o sucesso das mesmas.
4. O objetivo intencional de aumentar o conforto é conseguido se as intervenções forem apropriadas e implementadas de forma correta. Desta forma o paciente experimenta de imediato um ganho em conforto como resultado da intervenção.
5. Os pacientes e os enfermeiros concordam sobre o que é desejável e realista nos comportamentos de procura de saúde.
6. O aumento do conforto é atingido quando os pacientes intensificam o compromisso de procura de comportamentos de saúde.

4.2 Métodos e Procedimentos

Na sequência, estão apresentados o tipo de estudo, o cenário e os participantes, os métodos de coleta, organização e análise dos dados, e os aspectos ético-legais da pesquisa.

4.2.1 Tipo de Estudo

O estudo é uma pesquisa de campo descritiva, do tipo pesquisa-intervenção. Para Rocha (2006), a pesquisa-intervenção consiste em pensar articuladamente a perspectiva teórica, as práticas de pesquisa e a intervenção, assim como a indissociabilidade entre o sujeito e o objeto do saber. O pesquisador, ao utilizar ferramentas de pesquisa, age sobre os sujeitos da pesquisa e sobre si mesmo ao propor a reflexão que constituirá o *corpus* de análise. Dessa forma, buscam-se compreender os modos de funcionamento do grupo-alvo da pesquisa-intervenção, como também colaborar na construção de novas possibilidades de posicionamento destes como sujeitos ativos, objetivo maior dos eventos. Assim, o pesquisador, bem como os sujeitos que participam da pesquisa, tem um papel ativo e efetivo, favorecendo uma prática transformadora.

Aguiar e Rocha (2007, p. 655) enfatizam que “a pesquisa-intervenção, como proposta de atuação (trans)formadora, [...] aprofunda a ruptura com os enfoques tradicionais e amplia as bases teórico-metodológicas das pesquisas participativas”.

Em vez de um caminho pré-determinado denominado método, com traçados *a priori*, a pesquisa intervenção trilha um *hodos metá* que compreende uma reversão no percurso metodológico, se comparado às estratégias tradicionais de investigação. Por este caminho, as metas e etapas são traçadas ao longo de sua execução, [...] pistas que orientam o percurso da pesquisa sempre considerando os efeitos do processo do pesquisar sobre o objeto de pesquisa, o pesquisador e seus resultados (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2010).

Trata-se não de uma metodologia com justificativas epistemológicas, e sim, de um dispositivo de intervenção no qual se afirme o ato político que toda investigação constitui. Isso porque, na pesquisa-intervenção, acentua-se, todo

tempo, o vínculo entre a gênese teórica e a gênese social dos conceitos (AGUIAR; ROCHA, 2007).

Essa proposta metodológica não separa a pesquisa da intervenção, por isso, o pesquisado sai do lugar de objeto e passa ao estatuto de sujeito produtor da realidade. Considerando que toda pesquisa é uma intervenção e que a presença do pesquisador produz uma nova configuração, este método explicita a relação pesquisador-pesquisado, considerando que "o observador está sempre implicado no campo da observação e a intervenção modifica o objeto" (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2010, p.21).

Assim, a produção do conhecimento e de práticas na pesquisa-intervenção se dão em um mesmo movimento. Paulon (2005, p. 21) afirma que a pesquisa-intervenção, "ao operar no plano dos acontecimentos, deve guardar sempre a possibilidade do ineditismo da experiência humana, e o pesquisador a disposição para acompanhá-la e surpreender-se com ela". Neste sentido, o pesquisador não se pretende agente de mudança, mas sim produtor de novos sentidos, novas intercessões.

A pesquisa intervenção não significa um investigador que vai a um campo ou a uma realidade em busca dos dados que ali estão, ao passo que os dados são assumidamente produzidos e não coletados. Neste sentido, a pesquisa intervenção pressupõe o ato de interferir e intervir, de transformar para conhecer e não somente fotografar um momento com o intuito de conhecê-lo para transformá-lo.

Dessa forma, neste estudo, utilizando-se do processo de enfermagem, fundamentado teoricamente, com vistas ao cuidado clínico de conforto ao paciente com IC, a pesquisa intervenção possibilitou à pesquisadora intervir junto ao pesquisado num processo de transformação e construção conjunta na busca de conforto.

4.2.2 Cenário e participantes da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida com dois pacientes com diagnóstico médico de IC, acompanhados em suas residências pelo Programa de Acompanhamento Domiciliar (PAD) de um hospital público estadual, do SUS, localizado na cidade de Fortaleza-CE. Trata-se de uma unidade hospitalar terciária especializada no diagnóstico e tratamento de doenças cardíacas e pulmonares, dispoendo de todos os

procedimentos de alta complexidade nestas áreas e destacando-se no transplante cardíaco de adultos e crianças (HOSPITAL DE MESSEJANA, sd).

O PAD foi criado em 1999 e é um programa que se destina a prestar assistência em domicílio a pacientes portadores de doenças crônicas em geral, com história de múltiplos internamentos que, após alta hospitalar, ainda necessitam de uma monitorização clínica frequente até seu possível encaminhamento ambulatorial. Assim, se desenvolve orientação de sua reinserção no meio social e familiar (CEARÁ, 2008).

O PAD desenvolvido no referido hospital contempla as áreas de pneumologia e cardiologia, de forma conjunta, prestando serviço domiciliar a pacientes que preencham os critérios requeridos para admissão no referido programa. Possui uma equipe multiprofissional composta de médico, assistente social, enfermeira, fisioterapeuta, psicólogo, farmacêutico, nutricionista, auxiliar de laboratório, secretária, coordenador médico e coordenador técnico. Nas visitas, a presença mais frequente é a do médico e da enfermeira (CEARÁ, 2008).

Os pacientes acompanhados pelo programa são visitados rotineiramente uma vez por mês, contudo estas visitas podem ocorrer de forma mais frequente, pois o intervalo de tempo entre cada visita obedece a critérios de necessidades clínicas a serem determinados pela equipe visitante (CEARÁ, 2008).

Do total dos pacientes cadastrados no PAD, 22 são diagnosticados com IC. Eles tem de 48 a 91 anos de idade e residem na região da Grande Fortaleza e região metropolitana.

Para selecionar os participantes deste estudo, utilizou-se como critério de inclusão, pacientes que possuíssem o diagnóstico médico de IC há pelo menos um ano, que estivessem em tratamento pelo tempo mínimo de um ano, que residissem em Fortaleza e que fossem acompanhadas pelo PAD.

Utilizou-se como critério de exclusão, aqueles que possuíssem alguma comorbidade ou dificuldade na fala ou déficit cognitivo que dificultasse a comunicação e o alcance dos objetivos do estudo. Ou, ainda, que morassem em área de risco, a qual comprometesse a segurança da pesquisadora ao realizar as visitas domiciliárias. Seguindo os critérios estabelecidos, compuseram a população de estudo dois participantes.

Acrescenta-se que somente foi possível aplicar a pesquisa aos dois participantes, considerando que os demais se excluíram seja devido suas condições de saúde, seja por residirem em área de grande risco para violência urbana.

4.2.3 Coleta de Dados

A coleta de dados ocorreu no período de maio a agosto de 2013 e foi realizada em cinco etapas, como se segue.

Primeira etapa: correspondeu à primeira fase do PE – Levantamento de dados, em que é feita a avaliação inicial do paciente. Foi realizada na primeira visita domiciliária e proporcionou à pesquisadora o conhecimento do paciente estudado. Este reconhecimento foi feito por meio de preenchimento de um formulário (Apêndice A), o qual foi aplicado após esclarecimentos sobre os objetivos da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B). Este contou com questões para caracterização dos participantes, com variáveis sociodemográficas e sobre as condições do domicílio. Dados sobre necessidades de conforto foram coletados por entrevista semiestruturada (Apêndice C) e preenchimento de uma escala (Apêndice D) adaptada da construída por Gameiro e Apóstolo em 2004, segundo o modelo operacional do conforto desenvolvido por Kolcaba (2003). Também, foram realizados anamnese e exame físico (Apêndice E), direcionados para o contexto cardiovascular, além de observação assistemática. Esta ocorreu em todas as etapas da coleta.

Conforme Oliveira (2011), o formulário é o documento com campos pré-impressos onde são preenchidos os dados e as informações, que permitem a formalização das comunicações, o registro e o controle das atividades das organizações.

Já a observação assistemática, segundo Lakatos e Marconi (2010), permite que o pesquisador assuma um papel ativo no processo investigativo, caracterizando-se por ser espontânea e informal, simples e sem a utilização de técnicas pré-estabelecidas. Tais dados incluíram além da observação direta, relatos livres registrados em diário de campo pela pesquisadora.

A primeira visita domiciliária foi antecedida por contato telefônico da pesquisadora com os sujeitos a serem pesquisados. Neste, foram dadas breves

informações sobre quem era a pesquisadora e qual sua ligação com o PAD (programa do qual o paciente já recebia visitas regulares da equipe de saúde), os objetivos do estudo e o motivo da inclusão do paciente entre os participantes. Após estes informes, a pesquisadora questionou os pacientes sobre a anuência destes em receber a sua visita. Só após, realizou-se o primeiro encontro entre pesquisadora e sujeito pesquisado, na primeira visita domiciliária.

Os momentos iniciais da visita foram de conversas informativas e apresentações. Serviu para que pesquisadora e pesquisados se conhecessem melhor, além de reafirmar a seriedade do estudo, propiciando a formação de um vínculo de confiança. Este momento foi um pouco delicado, pois os pacientes estavam recebendo, em seu domicílio, uma pessoa até então desconhecida. Tornava-se imperioso, para o alcance do objetivo do estudo, que este primeiro contato gerasse uma empatia. Os participantes do estudo demonstraram uma boa aceitação, pois como referido por eles, a visita de profissionais de saúde já lhes era rotineira.

Lembre-se que para os pacientes confiarem suficientemente no enfermeiro, a ponto de contar-lhe suas respostas aos problemas de saúde e aos processos de vida, faz-se necessário que o enfermeiro possua habilidades de comunicação interpessoal. A confiança é intensificada por meio de uma capacidade madura de comunicação com os outros. A única forma de outras pessoas serem conhecidas é a partir de processos interpessoais, especialmente, saber ouvir (NANDA-I, 2013).

Seguiu-se a este primeiro momento de mútuo conhecimento, a aplicação dos instrumentos/meios de coleta (Apêndices A, C, D e E). Após isto, foi explicado o próximo passo do estudo. Explicou-se que de posse dos dados recém obtidos, procurar-se-ia detectar necessidades de conforto passíveis de intervenção e que, em um segundo momento, seria realizada outra visita domiciliária para trazer estas necessidades descritas e justificadas, juntamente com sugestões de atividades que poderiam ser realizadas pelo próprio paciente e sua família, as quais possibilitassem melhora do conforto. Tanto as necessidades de conforto, quanto as atividades sugeridas, foram então apresentadas para discussão entre sujeito pesquisado e pesquisadora, visando acréscimos, decréscimos e avaliação de sua aplicabilidade e adequação às reais necessidades do paciente.

Segunda etapa: antecedeu à segunda visita domiciliar e correspondeu à segunda fase do PE, onde são identificação os DE. A pesquisadora, de posse dos dados coletados na primeira visita domiciliar, identificou os DE, segundo a taxonomia II da NANDA-I, no domínio 12 - Conforto (NANDA-I, 2013), pertinentes às situações/ações de conforto (Apêndice F).

Tendo os DE como fundamento do atendimento, é necessário o desenvolvimento de competências para diagnosticar. Dentre estas, destaca-se: competências no domínio intelectual, interpessoal e técnico; e o desenvolvimento de elementos pessoais fortes de tolerância à ambiguidade e uso da prática de reflexão (NANDA-I, 2013).

A prática da reflexão apoia o desenvolvimento ou o crescimento contínuo no julgamento clínico, com a crença de nos beneficiarmos da reflexão sobre nosso comportamento, o que inclui o raciocínio diagnóstico (TANNER, 2006).

Alfaro-Lefevre (2010) define julgamento clínico como o pensamento crítico na área clínica. Ele é cuidadoso, deliberado e focalizado nos resultados. Este pensamento crítico embasa todo o processo de diagnosticar em enfermagem, já que a construção dos diagnósticos é fundamental na junção do conhecimento teórico com a experiência prática.

Para a identificação dos DE pertinentes aos participantes deste estudo, elegeu-se um modelo de raciocínio diagnóstico que possibilitasse uma inferência diagnóstica mais precisa em meio à diversidade de dados (objetivos e subjetivos) coletados. O modelo eleito foi o de Phyllis Baker Risner (1990), no qual o processo diagnóstico é composto de duas fases: a primeira inclui a *análise dos dados* (a separação do material em partes e o exame crítico das mesmas, o qual define a categorização dos achados segundo um modelo teórico e observação de dados divergentes ou lacuna) e a *síntese dos dados* (processo de raciocínio no qual a conclusão é diretamente obtida das proposições dadas e princípios estabelecidos onde o diagnosticador desenvolverá o agrupamento dos achados em padrões; comparação destes à conceitos, normas, modelos existentes na literatura; inferência ou geração de hipóteses sobre a situação; estabelecimento das causas relacionadas à inferência) e, a segunda fase denomina-se *estabelecimento do diagnóstico*, ou seja, a construção redacional do diagnóstico, a partir de uma taxonomia, como por exemplo a NANDA-I.

Na fase de estabelecimento dos DE, considera-se que as inferências constituem as categorias diagnósticas. As causas são traduzidas pelos fatores relacionados e as evidências clínicas do agrupamento se transformam em características definidoras, ou seja, elementos constitutivos dos DE, conforme a taxonomia da NANDA-I (CARVALHO; JESUS, 1997).

Assim, utilizado o modelo diagnóstico descrito, fez-se a separação dos dados obtidos pelos instrumentos/meios de coleta de dados usados na primeira etapa (anamnese, exame físico, escala de conforto, entrevista e observação assistemática). Após apreciação crítica destes dados, seguiu-se a categorização das necessidades de conforto de acordo com o contexto em que este pode ocorrer, conforme teoriza Kolcaba (2012), em nível físico, ambiental, sociocultural e psicoespiritual, como diagramado no Quadro 1. Estas necessidades de conforto foram então agrupadas segundo uma identificação de padrões, inferência diagnóstica e determinação das relações.

Quadro 1. Separação e categorização das necessidades de conforto de acordo com os contextos da Teoria de Kolcaba (2012). Fortaleza - CE, 2013.

INFERÊNCIA DIAGNÓSTICA					
NECESSIDADES DE CONFORTO	Instrumento	Anamnese / Exame físico	Escala de conforto	Entrevista	Observação
	Contexto de conforto				
	Físico				
	Ambiental				
	Sociocultural				
	Psicoespiritual				

Com estas etapas foram identificados os DE com suas características definidoras e fatores relacionados (Apêndice F).

No decorrer da realização do estudo, percebeu-se que alguns fenômenos abstraídos como necessidades de conforto dos participantes não estavam descritos na taxonomia da NANDA-I (2013). Desta forma, foram acrescentadas algumas palavras ou expressões aos fatores relacionados de alguns diagnósticos, como por exemplo, a necessidade de prática de atividades físicas, as quais contribuíram para adequar as necessidades de conforto aos diagnósticos do domínio 12 (NANDA-I, 2013).

Terceira etapa: de posse dos DE identificados para cada caso, deu-se início à terceira etapa. Esta correspondeu às fases do PE de planejamento (3ª fase) e implementação das intervenções (4ª fase), baseadas nos resultados esperados conforme a NOC (MOORHEAD et al., 2010) e guiadas pela NIC (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008).

Para cada DE listado (com suas características definidoras e seus fatores relacionados) elencou-se os Resultados de Enfermagem esperados (RE). Estes foram eleitos segundo as necessidades de conforto do paciente e classificados segundo o grau de conforto que poderiam proporcionar, quais sejam, os tipos de conforto descritos por Kolcaba (2012): alívio, tranquilidade e transcendência.

Dando continuidade à etapa de planejamento (do PE), selecionou-se as Intervenções de Enfermagem (IE) que dessem subsídio ao alcance dos RE. A operacionalização das IE se deu mediante sugestões de atividades como recomendações ao paciente e às suas famílias sobre medidas de conforto e participação no cuidado do familiar (Apêndice G). Algumas atividades foram propostas para serem realizadas pelo paciente de forma autônoma, outras pela família de forma auxiliar e ainda outras, que contariam com a participação do paciente e família de forma conjunta. Segue-se o Quadro 2, demonstrativo da organização do plano de cuidados.

Quadro 2. Planejamento do plano de cuidados seguindo a taxonomia NANDA-I, NIC e NOC e adequando-o aos contextos e tipos de conforto da Teoria de Kolcaba (2012). Fortaleza - CE, 2013.

PLANO DE CUIDADOS (NANDA-I, NIC e NOC)							
Contexto de Conforto (Teoria de Kolcaba)	DE NANDA-I	Resultados Esperados (NOC)			IE (NIC)	Recomendações	
		Alívio	Tranquilidade	Transcendência		ao paciente - medidas de conforto	à família - medidas de conforto com participação no cuidado do familiar
Físico							
Ambiental							
Sociocultural							
Psicoespiritual							

Posteriormente ao planejamento do plano de cuidados, o qual foi redigido na linguagem NANDA-I, NOC e NIC, seguir-se-ia a etapa de sua discussão com o participante da pesquisa. Contudo, percebeu-se a necessidade de que, além de uma

discussão verbal, o paciente pudesse ter, em mãos, o plano de cuidados de forma escrita, pois muito do que seria discutido poderia ser esquecido se não estivesse documentado.

Então, sentido-se a necessidade de adequar a linguagem científica, presente no plano de cuidados, a uma de melhor compreensão e acessibilidade, elaborou-se um manual (Apêndice H) personalizado para cada participante do estudo, denominado **“Em busca de CONFORTO: medidas e atividades para melhora do conforto em domicílio”**. Este trouxe em seu cerne, além dos DE, IE e atividades propostas (para cada contexto de conforto - físico, ambiental, sociocultural e psicoespiritual), uma explicação sobre os motivos que levaram a pesquisadora a considerar, aqueles tópicos em particular, como necessidades de conforto. Além destes esclarecimentos, também compôs o manual, breves informações sobre a IC (definição, principais sintomas e tratamento) e sobre a função das medicações tomadas por cada participante do estudo. Tais informações objetivaram dar maior clareza ao paciente sobre seu estado de saúde e plano terapêutico.

Quarta etapa: dando prosseguimento ao PE, foi realizada a segunda visita domiciliária. Naquele momento, a pesquisadora apresentou ao sujeito pesquisado o manual com o plano de cuidados por ela elaborado, mediante análise dos dados coletados na primeira visita, e deu início à discussão. Primeiro, a pesquisadora clarificou alguns aspectos referentes à IC, como suas causas, o porquê de cada sintoma apresentado pelo paciente e o motivo e objetivo da terapêutica medicamentosa por ele utilizada.

Depois, seguiu-se a leitura e discussão do plano de cuidados propriamente dito. Na ocasião, a pesquisadora explicou ao paciente que o manual era composto de sugestões de atividades, as quais não representavam obrigatoriedade em serem seguidas. O seu objetivo era a melhora do conforto do paciente e ele só deveria realizá-las se assim concordasse e desejasse. Também, enfatizou que, como aquelas sugestões foram feitas após um único encontro, poderiam não ser reflexo das suas reais necessidades de conforto, portanto, tornava-se imprescindível uma discussão e troca de ideias. E assim adveio. Pesquisadora e pesquisado estabeleceram conjuntamente as estratégias de

conforto mais adequadas e que poderiam trazer-lhe bem-estar. Tal discussão foi embasada pelos fundamentos da Teoria de Kolcaba.

Quinta etapa: correspondeu à última fase do PE – avaliação dos resultados e foi realizada em uma terceira visita domiciliar. Nesta, foram identificados quais resultados foram alcançados por meio das intervenções planejadas e propostas na segunda visita. Tal identificação se deu por meio de entrevista semiestruturada (Apêndice I), e observação assistemática. De posse dos dados coletados na última visita, seguiu-se a análise dos dados e comparação destes com os propostos quando do estabelecimento dos RE conforme NOC, e de acordo com o nível de conforto por eles alcançados – alívio, tranquilidade ou transcendência.

4.2.4 Organização e Análise dos dados

Os dados coletados pelo formulário foram organizados manualmente e apresentados em descrição das pessoas. Estes dados convieram para a identificação, caracterização sociodemográfica e descrição das condições do domicílio dos participantes.

A forma de tratamento dos achados alinha-se ao princípio da Pesquisa-Intervenção que preconiza a interlocução continuada pesquisador - pesquisado - campo de pesquisa.

Os dados foram categorizados seguindo as fases do PE e de acordo com os contextos de conforto teorizadas por Kolcaba (2003), quais sejam: físico, ambiental, sociocultural e psicoespiritual.

Utilizou-se como estratégia para apreciação dos dados obtidos pelas entrevistas, realizadas nas visitas domiciliares, a análise de conteúdo, a qual, segundo Flick (2009), além de realizar a interpretação após a coleta dos dados, desenvolve-se por meio de técnicas mais ou menos refinadas. Ele delinea os seguintes passos para a análise de conteúdo: síntese da análise de conteúdo, por meio da omissão de enunciados; análise explicativa de conteúdo, com o esclarecimento de trechos difusos, ambíguos ou contraditórios; por fim, a análise estruturadora de conteúdo, por meio da estruturação no nível formal relativo ao conteúdo.

Já para a compreensão de como foi realizada a análise dos dados coletados pela escala de conforto, segue descrição de como esta está constituída e a forma de organização dos dados por ela obtidos.

A escala de conforto utilizada deriva da construída por Manuel Gameiro e João Apóstolo, a qual foi baseada no Questionário Geral do Conforto (GCQ) de Kolcaba. Esta foi constituída por 33 afirmações e, segundo Apóstolo (2006), validada para a população portuguesa em 2004 por Gameiro. Na presente investigação a escala foi adaptada para o contexto domiciliar e teve uma redução para 30 no número de afirmações.

As sentenças são apresentadas como positivas e negativas, as quais avaliam o conforto em tipo: alívio, tranquilidade e transcendência; e contexto: físico, ambiental, sociocultural e psicoespiritual, de forma a analisar todos os seus domínios.

O quadro a seguir apresenta a distribuição das sentenças (identificadas pelo seu número no questionário) de acordo com a estrutura taxonômica do conforto de Kolcaba (2012):

Quadro 3. Distribuição de questões por contexto e tipo de conforto teorizado por Kolcaba (2012). Fortaleza - CE, 2013.

Contexto do conforto \ Tipo de conforto	Alívio	Tranquilidade	Transcendência
Físico	19*, 29	3, 28, 30	7*, 12, 13
Ambiental	25*	6*, 16*, 27	-
Sociocultural	2, 21*, 22*	5, 11, 20*	9, 18, 24
Psicoespiritual	1, 10*, 15*	14*, 23, 26*	4*, 8, 17

*Sentenças negativas.

As sentenças são pontuadas em uma escala de 1 a 5, de acordo com o grau de conforto/desconforto percebido pelo paciente, variando da seguinte forma:

- 1 - **Não corresponde nada** ao que se passa comigo / é **totalmente falso**
- 2 - **Corresponde pouco** ao que se passa comigo
- 3 - **Corresponde bastante** ao que se passa comigo
- 4 - **Corresponde muito** ao que se passa comigo
- 5 - **Corresponde totalmente** ao que se passa comigo / é **totalmente verdadeiro**.

Para medir os níveis de conforto parciais de acordo com os contextos e tipos, facilitar o tratamento dos dados e análise de correlação das variáveis de caracterização, foi determinado o valores máximo e mínimo da soma dos escores para as questões, de modo que, assim, se obteve:

- Contexto físico: a soma dos escores para o tipo de conforto alívio varia entre 2 e 10 (2 questões); e para os tipos tranquilidade e transcendência, entre 3 e 15 (3 questões em cada);

- Contexto ambiental: a soma dos escores para o tipo de conforto alívio varia entre 1 e 5 (1 questões); e para o tipo tranquilidade, entre 3 e 15 (3 questões). O tipo transcendência não foi contemplado pelas sentenças;

- Contexto sociocultural e psicoespiritual: a soma dos escores para cada tipo específico de conforto varia entre 3 e 15 (3 questões em cada).

As afirmações negativas foram contabilizadas de forma invertida na soma das pontuações de cada tipo e contexto de conforto.

Após contabilização dos escores relativos a cada contexto e tipo específico de conforto, pôde-se identificar onde havia necessidades de conforto. Esta identificação corroborou os dados obtidos pelos outros métodos de coleta de dados (anamnese, exame físico, entrevista e observação assistemática) para a identificação dos DE pertinentes.

Por fim, assegura-se que os dados coletados foram discutidos e confrontados com o descrito na literatura e na Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba.

4.2.5 Aspectos ético-legais

Foram considerados, durante todo o desenvolvimento da investigação, os preceitos ético-legais da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013), que tratam dos encaminhamentos quando as pesquisas envolvem seres humanos.

A citada Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (BRASIL, 2013).

Segundo Polit, Beck e Hungler (2011), estes referenciais significam, respectivamente: nenhum dano, acima de tudo, protege contra exploração e a execução de algo bom; autodeterminação, isto é, o sujeito possua liberdade para controlar suas próprias atividades, inclusive a participação voluntária em um estudo, e; procedimentos de sigilo formal.

Os participantes foram esclarecidos quanto aos objetivos do estudo e convidados a assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B). Também esclarecidos sobre a divulgação e publicação dos resultados em revistas científicas e eventos científicos.

Ainda atendendo aos preceitos éticos e legais da pesquisa com humanos, o projeto foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, na qualidade de unidade proponente, sendo aprovado pelo parecer número 252.879 (Anexo A); e teve a anuência do hospital de realização do estudo, enquanto unidade coparticipante (Anexo B).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir, estão apresentados os resultados obtidos com a aplicação do PE, fundamentado na Teoria do Cuidado de Katharine Kolcaba, no cuidado clínico de enfermagem ao paciente com IC no domicílio. Aventa-se como importante iniciar esta explanação com a apresentação dos participantes do estudo mediante descrição dos seus perfis sociodemográfico e clínico, pois, considerando que o cuidado a eles prestado foi feito de forma individual e singular, é imprescindível conhecê-los para melhor entendimento da adequação das atividades com eles realizadas.

5.1 Apresentação dos participantes da pesquisa

5.1.1 Perfil sociodemográfico e clínico

Os participantes da pesquisa foram dois sujeitos com diagnóstico médico de IC e que são acompanhados pelo PAD. Optou-se por denominá-los por outros nomes próprios, preservando seu anonimato, e possibilitando sua melhor apreensão pela referência nominal. Os nomes escolhidos foram: **Manoá** (nome hebraico que significa "descanso") e **Noé** (nome hebraico que significa "alívio", "conforto"). Estes foram escolhidos por terem significados que fazem referência aos aspectos abordados pelo estudo.

Manoá

Perfil sociodemográfico: C.R.F, 57 anos, sexo masculino, pardo, casado, dois filhos, natural de São Luiz de Montes Belos-GO. Aposentado, católico, concluiu o 1º grau. Renda familiar de um salário mínimo, o qual provém de sua aposentadoria (outros membros da família não contribuem com a renda).

Reside no bairro Parque Genibaú, no município de Fortaleza-CE, em domicílio próprio, feito de alvenaria, com oito cômodos, e presença de serviços de saneamento básico, água encanada e eletricidade. Moram no domicílio cinco pessoas – Manoá, esposa, filha, genro e neto.

Quanto ao histórico de saúde: negou possuir alergias, hábitos de fumar e ingerir bebidas alcoólicas. Não pratica atividades físicas, devido a sintomas

relacionados à IC e à *Diabetes Mellitus* (DM), embora tenha referido desejo se tornar-se uma pessoa mais ativa.

Quanto à história da doença atual: foi diagnosticado com IC em 2008, quando começou o tratamento. Tem como principal queixa dor e dormência em membro inferior esquerdo (MIE). Sente piora desta sintomatologia quando permanece um pouco mais de tempo em pé. Possui comorbidades associadas, dentre elas Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), DM e insuficiência aórtica. Já passou por cerca de cinco internamentos hospitalares. Realizou procedimento cirúrgico de angioplastia e outro para colocar prótese de válvula aórtica. Faz uso de medicamentos vasodilatadores, antiagregantes plaquetários, anti-ulcerosos, betabloqueadores, antagonistas dos receptores da angiotensina, antidiabéticos, diuréticos, suplementos nutricionais e benzodiazepínicos.

Ao exame físico, apresentava-se normotenso (120/60 mmHg), bradicárdico (58bpm), com pulso periférico palpável, filiforme e arritmico. O índice de massa corpórea (IMC) de 27,6 indicou sobrepeso. Bom estado geral, orientado no tempo e espaço, humor calmo. Bom padrão de sono (noturno). Eutrófico, desidratado, edema em MIE, presença de lesão (raladura) neste mesmo membro. Dieta irregular quanto à quantidade e conteúdo. Necessita de auxílio para se locomover. Negou dispneia. Refere dor torácica pouco frequente. Possui alteração torácica na pele, caracterizada por quelóide, devido à cicatrização de ferida operatória da cirurgia cardíaca. Nega alterações no sistema gastrointestinal e geniturinário.

Noé

Perfil sociodemográfico: L.R.A.P, 55 anos, sexo masculino, branco, casado, dois filhos, natural do Rio de Janeiro-RJ. Aposentado, sem religião, concluiu o 2º grau. Renda familiar de mais de dois salários mínimos, o qual provém de sua aposentadoria e da renda do cônjuge.

Reside no bairro Sapiranga, no município de Fortaleza-CE, em domicílio alugado, feito de alvenaria, com seis cômodos, e presença de serviços de saneamento básico, água encanada e eletricidade. Moram no domicílio duas pessoas – Noé e esposa.

Quanto ao histórico de saúde: negou possuir alergias. Quanto aos hábitos de fumar e ingerir bebidas alcoólicas, refere ter os abandonado há cerca de dois

anos. Não pratica atividades físicas, devido a sintomas relacionados à IC e devido recomendações médicas, mas refere que era adepto a estas práticas, das quais sente falta.

Quanto à história da doença atual: foi diagnosticado com IC em 1981, mas só começou o tratamento em 1994. Tem como principal queixa dispneia e câimbra. Sente piora desta sintomatologia quando realiza alguma atividade que exija maior esforço. Possui comorbidades associadas, dentre elas sopro cardíaco, insuficiência aórtica e mitral e insuficiência coronariana. Já passou por cerca de cinco internamentos hospitalares. Realizou procedimento cirúrgico para colocar prótese de válvula aórtica e para troca desta válvula. Faz uso de medicamentos de suplementação hormonal, bloqueadores não seletivos beta1/alfa1, antiagregantes plaquetários, inibidores da enzima conversora da angiotensina I, redutores de colesterol, diuréticos, digitálicos, anticoagulante, anti-ulcerosos e vasodilatadores.

Ao exame físico, apresentava-se normotenso (110/60 mmHg), normocárdico (64bpm), com pulso palpável, filiforme e arritmico. O IMC de 24,3 indicou peso normal. Bom estado geral, orientado no tempo e espaço, humor agitado. Padrão de sono e repouso prejudicado (dorme cerca de 3 a 4 horas por noite e refere que a dispneia é a maior causa da irregularidade deste padrão). Eutrófico, hidratado, edema em membros inferiores (MMII), pele íntegra. Dieta irregular quanto à quantidade, conteúdo e horários. Marcha normal, sem necessitar de auxílio para deambular. Refere dispneia constante que se exacerba à noite. Nega dor torácica e não possui alterações torácicas. Nega alterações no sistema gastrointestinal e geniturinário.

5.2 Necessidades de conforto

Durante a primeira etapa de coleta de dados, além do formulário de identificação sociodemográfica e de caracterização do domicílio, da anamnese e do exame físico, foram aplicados aos pesquisados outros instrumentos para levantamento de suas necessidades de conforto. Dentre eles, a escala que mede o nível de conforto nos diversos contextos onde este é produzido; a entrevista, com perguntas semi-estruturadas sobre a percepção de conforto do sujeito; e a observação assistemática.

Inicia-se a apresentação e discussão das informações coletadas pela escala de conforto. Esta escolha deveu-se ao fato de ser este um instrumento derivado de um já validado, e que proporciona uma apreensão direta das necessidades por contextos e tipos de conforto, ao passo que os demais possuem caráter mais subjetivo e passível da interpretação da pesquisadora.

O quadro a seguir apresenta as pontuações obtidas por Manoá e Noé, advindas das respostas às perguntas da escala aplicada:

Quadro 4. Distribuição das pontuações referentes às respostas às questões por contexto e tipo de conforto teorizado por Kolcaba (2012). Fortaleza - CE, 2013.

Tipo de conforto Contexto do conforto	Alívio			Tranquilidade			Transcendência		
	Manoá	Noé	Pont. Max.	Manoá	Noé	Pont. Max.	Manoá	Noé	Pont. Max.
Físico	10	10	10	15	15	15	11	11	15
Ambiental	5	5	5	15	11	15	-	-	-
Sociocultural	11	13	15	15	15	15	15	15	15
Psicoespiritual	11	12	15	15	12	15	15	11	15

Os aspectos que obtiveram pontuação abaixo da máxima prevista, para cada tipo e contexto de conforto, diferiram pouco entre os participantes. Quanto ao contexto físico, percebeu-se que ambos necessitavam de medidas que lhes proporcionasse conforto em nível de transcendência, pois os dois atingiram pontuação 11, quando poderiam alcançar 15. No contexto ambiental, apenas Noé mostrou necessidades de intervenções, e estas em nível de tranquilidade, pontuando 11, onde também poderia atingir 15.

Abordando o contexto sociocultural, ambos alcançaram pontuações abaixo da máxima quanto ao nível de alívio. Manoá pontuou 11 e Noé 13, quando poderiam atingir 15. O contexto psicoespiritual foi o que diferiu mais entre os dois participantes. Enquanto Manoá obteve pontuação baixa somente em nível de alívio (11 pontos), Noé teve pontuação baixa nos três níveis (alívio e tranquilidade com 12 e transcendência com 11); todos estes tem pontuação máxima de 15 escores.

Quanto ao **contexto físico**, apesar dos dois terem pontuações idênticas, as causas diferem. A obtenção destes escores na escala de conforto encontra justificativas quando se leva em consideração as manifestações apreendidas por meio dos outros instrumentos de coleta de dados aplicados aos dois participantes do estudo.

Por exemplo, informações encontradas mediante anamnese, exame físico e observação corroboram para compreensão do baixo escore atribuído por Manoá à sentença da escala de conforto: “Evito sair de casa devido às alterações do meu aspecto físico”. Notou-se edema importante em seu MIE, além de referências de dor, dormência e piora destas manifestações ao locomover-se ou manter-se de pé por um período maior. Além disso, a dificuldade em locomover-se decorrente da sintomatologia citada, acaba ocasionando alguns acidentes que geram lesões na pele. Estas lesões levam mais tempo para cicatrizar devido à comorbidade associada, o DM. Além disso, Manoá sente-se com a aparência corporal desagradável devido às alterações torácicas ocasionadas pela cicatrização de ferida operatória de cirurgia cardíaca.

Já Noé, atribuiu escore baixo à questão “Sinto-me capaz de continuar com as minhas tarefas domésticas”. Igualmente, encontram-se dados que legitimam esta pontuação na anamnese, no exame físico e na observação. Noé possui como principal queixa clínica a dispneia, segundo relata na entrevista: “(...) *o que faltaria pra eu sentir conforto total seria respirar bem. Sentir o ar entrando, sentir o ar saindo. Respirando bem, está tudo bem*”. Esta dispneia o tem prejudicado de realizar até as tarefas mais corriqueiras, como deitar e levantar. Também na anamnese, Noé referiu ser muito agitado e ativo, mas não tem podido realizar as atividades que deseja.

Cabe salientar que uma das características marcantes dos pacientes acometidos por IC é a piora da capacidade funcional e conforto. Em geral, sofrem modificações em seu padrão de vida normal, pois sintomas como dispneia, fadiga, edema, síncope e palpitações interferem na execução de determinadas tarefas do cotidiano. Além disso, existem fatores psicológicos, como o medo e a ansiedade diante das restrições a que são expostos (HELITO et al., 2009). Sendo assim, tanto os aspectos físicos quanto emocionais são afetados pela doença (SOARES et al., 2008; HELITO et al., 2009).

Abstrai-se destes dados, que a diferença entre as causas das baixas pontuações de ambos os participantes advém de fatores clínicos associados ao estágio e à sintomatologia da IC, além da adição de outras manifestações advindas de comorbidades.

Noé foi diagnosticado com IC há cerca de 32 anos e a intensidade de sua sintomatologia, conforme categorizado pela *New York Heart Association* (BOCCHI

et al., 2009) o coloca na Classe III, a qual é caracterizada por sintomas desencadeados em atividades menos intensas que as cotidianas e pequenos esforços.

Já Manoá, com diagnóstico médico de IC há 5 anos, não apresenta dispneia. Segundo a mesma classificação utilizada, ele se encontra na Classe I, caracterizada por ausência de sintomas (dispneia) durante atividades cotidianas. A limitação respiratória para esforços é semelhante à esperada em indivíduos normais. Mesmo assim, Manoá apresenta limitações físicas, no seu caso, decorrentes principalmente do edema no MIE, o qual provoca dor, dormência e dificuldade na locomoção. Contudo, estes não são sintomas causados exclusivamente pela IC. Alude-se, neste caso, que a DM pode estar contribuindo para sua exacerbação.

Estudo aponta que a DM parece ser um importante preditor de pior prognóstico em pacientes com IC, independente de outras comorbidades e da classe funcional, sendo associada a um aumento na mortalidade (MASOUDI; INZUCCHI, 2007).

Quanto ao **contexto ambiental**, Manoá não apresentou queixas. Já Noé concordou veementemente com a sentença da escala de conforto: “Os barulhos perturbam-me”. Esta afirmativa corrobora sua necessidade em obter conforto em nível de tranquilidade neste contexto.

Contribui com este achado, os dados obtidos pela anamnese referente ao padrão de sono e repouso de Noé. Ele refere dormir muito pouco, cerca de 3 a 4 horas por noite. Como o barulho causado por familiares e vizinhos o incomodam bastante durante o dia, dado referido e observado durante a visita domiciliar, Noé prefere ficar acordado a noite realizando atividades manuais no horário em que pode ficar tranquilo com o silêncio. Refere também não sentir sono. A família também citou que após a última internação hospitalar, Noé ficou bem mais irritadiço.

A insônia tem sido considerada um dos fatores mais sensíveis em prever os sintomas de ansiedade relacionados à insuficiência cardíaca (REDEKER, 2006). Cabe salientar que a ansiedade e o estresse, gerados pelos barulhos e pelo padrão ineficaz de sono e repouso, estão associados ao aumento da atividade do sistema nervoso simpático, resultando em elevação da pressão arterial e estresse cardíaco, levando ao aumento da demanda de sangue do miocárdio doente. Assim, a associação de ansiedade com insuficiência cardíaca afeta

negativamente a condição do paciente, intensificando os sintomas (ARTINIAN, 2003; HUFFMAN et al., 2008).

No **contexto sociocultural**, pela escala de conforto, os dois participantes evidenciaram necessidades de conforto em nível de alívio. Manoá apontou desconforto no contexto da sentença “Sinto-me dependente dos outros”. Este dado soma-se ao encontrado na anamnese e exame físico, quanto à sua necessidade de auxílio para locomover-se. Esta dependência também foi evidenciada pela observação da falta de conhecimento de Manoá sobre seu regime terapêutico, enfatizado pelo desconhecimento das medicações em uso e de suas indicações, as quais foram bem descritas pela sua cuidadora (esposa).

Um estudo realizado com pacientes com IC enfatizou que o déficit de conhecimento sobre a doença é fator influenciador sobre a dependência de familiares e sobre a dificuldade de controlar hábitos de vida (CORRÊA et al., 2006).

Continuando no mesmo contexto, o sociocultural, Noé não atribuiu escore máximo à sentença “O afeto das pessoas que me rodeiam reconforta-me”. Este dado complementa outro encontrado no contexto ambiental, pois Noé atribui muito do incômodo causado pelo barulho como sendo gerados por sua família, a qual, nesta conjuntura, segundo sua opinião, não lhe demonstra o afeto e a preocupação desejada para seu bem-estar.

Também no contexto sociocultural, Noé referiu, na entrevista, sentir falta de ser socialmente ativo e produtivo. Ele disse: “*Eu adoraria estar nessas manifestações [manifestações ocorridas a partir de maio de 2013, na cidade de Fortaleza-CE, por movimentos populares, com vistas à reivindicações de melhorias políticas e sociais] esses dias, gritando lá na frente, mas não posso nem gritar mais. Eu grito e cadê o ar que não vem? A frase é sempre interrompida na metade*”. Também sente falta de estar profissionalmente ativo. Neste sentido, relata que sempre trabalhou com organização de eventos e trabalhos manuais (artes plásticas), contudo, após a última cirurgia, não pode mais trabalhar, pois sente dispneia aos pequenos esforços. Até mesmo atividades de terapia ocupacional, que ele ajudava a realizar, não está mais participando, pois quase não sai de casa. Estes dados corroboram a discussão referente ao contexto físico, pois a sintomatologia advinda da IC afeta a capacidade funcional do sujeito e altera seu estilo de vida.

O **contexto psicoespiritual** foi o que apresentou maiores diferenças entre os dois participantes. Manoá apresentou déficit apenas em nível de alívio. Esta

necessidade foi aludida no escore atribuído à sentença da escala de conforto: “A minha situação me deixa triste”. Este estado de descontentamento é por Manoá justificado devido sua situação de adoecimento e perda de autonomia. Também relata na entrevista sentir falta de sua família que mora em Goiânia-GO e Brasília-DF. Segundo ele, a família da sua esposa, únicos parentes residentes em Fortaleza-CE, procuram contribuir para deixá-lo confortável, mas, mesmo assim, ele sente muita falta dos familiares que moram fora.

Já Noé, atribuiu pontuação baixa a questões que prenunciaram necessidades de conforto nos três níveis. As sentenças da escala de conforto que fizeram estas referências foram: “A minha situação me deixa triste” e “As alterações que tenho vivido deixam-me receoso”, como afirmativas que correspondem ao que se passa com ele; e “Sinto que a minha situação está sob controle”, “Sinto-me capaz de superar o meu atual problema de saúde” e “Sei que meu mal-estar é passageiro”, atribuídas como não correspondendo ao que se passa com ele.

Tais afirmações fazem alusão às modificações negativas que a IC gerou sobre a rotina de Noé. Ele teve que abandonar sua atividade profissional, a qual lhe proporcionava prazer e o mantinha ativo. A situação de cronicidade da doença também influencia na sua pouca esperança sobre melhora do seu estado de saúde e retorno à sua rotina normal.

A literatura enfatiza que as limitações impostas pela mudança no estilo de vida, incapacidade de realizar atividades da vida diária, hospitalizações frequentes, interrupção das atividades profissionais e a consequente redução da renda são fatores que causam sentimentos negativos (BOCCHI et al., 2009).

Assim, pelos dados obtidos com diferentes instrumentos de pesquisa utilizados nesta investigação, pode-se apreender que os dois participantes do estudo apresentaram necessidades de conforto em seus diversos contextos e tipos. Estas necessidades estão analisadas e categorizadas de acordo com o teorizado por Kolcaba.

Deste modo, consoante o proposto neste estudo, qual seja, a utilização do Processo de Enfermagem no cuidado clínico a pessoas com IC no domicílio, os achados obtidos pelos instrumentos de coleta de dados, utilizados na primeira visita domiciliária, convieram para a seleção dos diagnósticos de enfermagem, de acordo com o NANDA-I (2013), pertinentes a cada participante e necessidade identificada.

O processo de inferência diagnóstica que levou à escolha dos DE está descrito a seguir.

5.3 Inferência diagnóstica

A apreensão das informações advindas dos instrumentos de recolha de dados conduziu o raciocínio clínico para inferência de DE NANDA-I, considerando o domínio 12 - Conforto (NANDA-I, 2013). Como referido, Risner (1990) orientou a formulação dos DE.

Seguindo o modelo proposto, deu-se início a fase de análise dos dados, que consta da separação do material e exame crítico dos mesmos. Os dados foram organizados considerando-se suas similaridades e divergências, sendo posteriormente agrupados em categorias advindas do referencial teórico de Kolcaba. As categorias eleitas foram os contextos onde se produz conforto (físico, ambiental, sociocultural e psicoespiritual). Sendo assim, dos dados obtidos de Manoá, desdobrou-se o seguinte cenário:

No contexto físico, detectou-se as seguintes necessidades de conforto: pela anamnese e exame físico: edema e formigamento em MIE, desconforto ao ficar em pé, desidratação, lesões (raladura em MIE), necessidade de auxílio para locomover-se, e dor em MIE devido ao edema; pela escala de conforto e entrevista: dificuldade de locomoção; e por relatos durante período de observação assistemática: necessidade de praticar atividades físicas. No contexto ambiental não foram encontradas necessidades de conforto passíveis de intervenções.

No contexto sociocultural foi possível identificar necessidades por dois instrumentos. Pela escala de conforto e pela observação assistemática intuiu-se que o paciente sente-se dependente de outras pessoas; e também pela observação assistemática e relatos livres, pressentiu-se a preocupação da esposa/cuidadora em prestar um cuidado mais integral ao paciente, o que a fez parar de trabalhar para dedicar-lhe maior atenção. No contexto psicoespiritual apenas detectou-se necessidades ao aplicar a escala de conforto, ficando evidente o quanto a situação de adoecimento deixava o paciente triste.

Já para Noé, delineou-se outro quadro, com algumas congruências, mas também algumas particularidades.

No contexto físico, averiguou-se pela anamnese e exame físico as seguintes necessidades: sono prejudicado, dispneia, câimbras, edema em MMII, dieta desequilibrada e necessidade de praticar atividades físicas; pela escala de conforto: dispneia e falta de vigor físico para tarefas diárias; pela entrevista: dispneia; e por registros de relatos durante período de observação assistemática: dispneia, câimbra, e necessidade de praticar atividades físicas.

No contexto ambiental, percebeu-se como desconforto pela escala: barulho; e também pelos registros da observação assistemática: preferência em estar sozinho, aquém da companhia dos familiares, pois estes fazem muito barulho.

No contexto sociocultural, abstraiu-se da escala de conforto: necessidade de mais afeto das pessoas que o rodeiam; da entrevista: necessidade de estar socialmente ativo, como participando de movimentos sociais; e de registros da observação assistemática: falta do exercício de atividade profissional.

No contexto psicoespiritual, encontrou-se maior número de desconfortos pela escala de conforto, quais sejam: ter conhecimento de que seu mal estar não é passageiro; estar levemente triste com sua situação de saúde, ter receio com as alterações causadas pela IC, sentir que a situação não está totalmente sob controle e não se sentir capaz de superar tal problema. Pelo que foi registrado do período de observação assistemática também foi possível perceber que o paciente se sente responsável por seu adoecimento, pois atribui muitos dos danos causados em sua saúde aos maus hábitos durante a juventude, como fumar, fazer uso de drogas ilícitas e ingerir bebidas alcoólicas.

Após categorização e ordenação dos dados, foi possível perceber algumas congruências entre os desconfortos e as necessidades e conforto dos dois participantes do estudo. Disto abstraiu-se que muitas destas necessidades são consequências diretas das alterações advindas da IC. Exemplo disto é o edema e a necessidade de praticar atividades físicas citadas pelos dois participantes. Sabe-se que o edema é sintoma clássico da IC devido a ineficiência cardíaca e que a prática de atividades físicas é proibida pela sobrecarga que estas causam ao coração, que já está fragilizado (BOCCHI et al., 2009).

Outro aspecto observado advém da desesperança demonstrada pelos dois participantes quanto à recuperação de sua saúde. A tristeza evidenciada por ambos justifica-se pela abrupta mudança no estilo de vida decorrente das limitações físicas causadas pela IC. O fato de ela ser uma morbidade crônica também colabora

com a sensação de descontrole da situação e falta de esperança quanto à recuperação.

Ademais, as outras necessidades intervenientes são particularizadas por aspectos individuais de estilo de vida (presente e progresso), relacionamento familiar, tempo de doença e morbidades associadas.

Prosseguindo com o raciocínio diagnóstico proposto por Risner (1990), seguiu-se à segunda fase, a de síntese dos dados. Nesta fase ocorreu o agrupamento dos achados em padrões, comparações a conceitos, normas e modelos, inferência ou geração de hipóteses sobre a situação e estabelecimento das causas relacionadas à inferência. Esta é a fase de estabelecimento dos DE propriamente dito, que, como descrito, voltou-se à Taxonomia II da NANDA-I, no domínio conforto (NANDA-I, 2013), por julgá-la pertinente ao contexto do referencial teórico escolhido nesta investigação.

Sendo assim, seguem-se quadros demonstrativos dos DE elencados, por cada participante do estudo, juntamente com as características definidoras e os fatores a cada um relacionados.

Quadro 5. Diagnósticos de Enfermagem com características definidoras e fatores relacionados, segundo as necessidades de conforto de Manoá e descritos para cada contexto onde se produz conforto, segundo Kolcaba (2012). Fortaleza - CE, 2013.

MANOÁ			
CONTEXTO (Teoria de Kolcaba)	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	FATORES RELACIONADOS
Físico	Conforto prejudicado	Relato de sentir-se desconfortável	Sintomas relacionados à doença (edema, desidratação da pele, lesões e desconforto ao permanecer muito tempo de pé - fadiga)
		Relato de falta de satisfação com a situação	Falta de controle da situação (dificuldade de locomover-se)
	Dor aguda	Relato verbal de dor	Agentes lesivos (sintomas relacionados à doença – edema)
	Disposição para melhora do conforto	Expressa desejo de aumentar contentamento	Expressa vontade de realizar atividades físicas

Sociocultural	Conforto prejudicado	Relato de falta de satisfação com a situação	Falta de controle da situação (dependência de outras pessoas para o seu cuidado / cuidadora não tem tempo para dedicação exclusiva ao cuidado)
Psicoespiritual	Conforto prejudicado	Relato de falta de satisfação com a situação	Falta de controle da situação (sua situação o deixa triste)

Quadro 6. Diagnósticos de Enfermagem com características definidoras e fatores relacionados, segundo as necessidades de conforto de Noé e descritos para cada contexto onde se produz conforto, segundo Kolcaba (2012). Fortaleza-CE, 2013.

NOÉ			
CONTEXTO (Teoria de Kolcaba)	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	FATORES RELACIONADOS
Físico	Conforto prejudicado	Inquietação; Padrão de sono perturbado	Estímulos ambientais nocivos (barulho e agitação no domicílio)
		Incapacidade de relaxar; Relato de falta de sentir-se à vontade com a situação; Relato de sentir-se desconfortável; Relato de sintomas de angústia	Sintomas relacionados à doença (dispneia e edema MMII)
		Relato de fome	Falta de controle da situação (dieta inadequada)
	Dor aguda	Comportamento expressivo (agitação, gemido, choro); Distúrbio no padrão de sono; Relato verbal de dor	Agentes lesivos (efeito secundário relacionado ao tratamento - câimbras)
	Disposição para melhora do conforto	Expressa desejo de aumentar contentamento	Expressa vontade de realizar atividades físicas
Ambiental	Conforto prejudicado	Incapacidade de relaxar; Inquietação; Irritabilidade; Padrão de sono perturbado; Relato de falta de satisfação com a situação	Estímulos ambientais nocivos (barulho)
Sociocultural	Conforto prejudicado	Lamentação	Sintomas relacionados à doença (incapacidade de trabalhar; falta de função social)
Psicoespiritual	Conforto prejudicado	Relato de falta de satisfação com a situação	Falta de controle da situação (não tem controle sobre seu estado de saúde)

Como demonstrado, ambos os participantes apresentaram os mesmos DE para os contextos onde se produz conforto, excetuando-se o contexto ambiental, onde somente Noé apresentou desconforto. Contudo, embora com a coincidência dos títulos diagnósticos, encontram-se diferenças na apresentação de características definidoras e fatores relacionados, tornando-se assim possível perceber as singularidades de cada paciente estudado.

Voltando-se à análise dos DE relacionados, percebe-se que estes são pertinentes ao quadro sintomatológico característico da IC, principalmente no contexto físico, onde se encontrou conforto prejudicado, caracterizado por edema, fadiga, dispneia e dor. Muito embora, a demonstração de necessidades de conforto nos demais contextos (ambiental sociocultural e psíquicoespiritual), não descarta a influência dos sinais e sintomas da IC, pois a doença debilita não apenas fisicamente, mas também emocional, espiritual e socialmente, ao modificar o padrão e estilo de vida ao qual o paciente estava ambientado.

No contexto físico, um estudo exploratório-descritivo, desenvolvido com o objetivo de construir afirmativas de diagnósticos e intervenções de enfermagem para pacientes portadores de IC, identificou, por meio de outro sistema de classificações dos elementos da prática de enfermagem, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), que os diagnósticos abstraídos estavam relacionados com sintomas próprios da IC, como taquicardia, dispneia, edema e congestão (ARAÚJO; NÓBREGA; GARCIA, 2013).

Neste sentido, pode-se afirmar que os sintomas típicos da IC, como o edema, a dispneia e a fadiga, estão associados à diminuição da qualidade de vida e à piora da capacidade funcional dos pacientes (ROCHA et al., 2006; BOCCHI et al, 2009).

O edema ocorre com a evolução da doença, devido à demanda circulatória que acarreta uma deterioração da função cardíaca e outros mecanismos corretivos que consistem na retenção de sódio pelos rins. Para manter constante a concentração de sódio no sangue, o organismo retém água concomitantemente. Uma das principais consequências da retenção de líquido é que o maior volume sanguíneo promove a distensão do miocárdio, esse músculo distendido contrai com mais força, o que ocasiona um dos principais mecanismos utilizados pelo coração para melhorar seu desempenho em casos de insuficiência cardíaca. Contudo, à medida que a insuficiência cardíaca evolui, o líquido em excesso escapa da

circulação e acumula-se em diversos locais do corpo, produzindo inchaço (edema) (GUYTON; HALL, 2011).

Os autores seguem dizendo que os fatores relacionados a essa retenção interferem diretamente na qualidade de vida do paciente, no cuidado e no autocuidado, como a mobilização no leito e a presença de pele seca, que são fatores que podem, de modo significativo, contribuir para complicações como as vasculares periféricas, o próprio edema marcador de cronicidade ou talvez tratamento não adequado às suas reais necessidades. Com relação ao edema, este foi mais observado em Manoá, apesar de estar presente também em Noé.

Já a falta de ar ou dispneia é manifestação sintomatológica própria da IC. Caracteriza-se como desconforto respiratório e, geralmente, está associada à dificuldade respiratória à noite, quando a pessoa está deitada, em decorrência do deslocamento do líquido para o interior dos pulmões. Os indivíduos com IC podem ser obrigados a dormir na posição sentada para evitar que isso ocorra. Sendo assim, a dispneia causa impacto na qualidade de vida do paciente, posto que dificulta atividades como caminhadas, higiene e até mesmo o sono (MARGOTO; COLOMBO; GALLANI, 2009).

Noé foi quem mais apresentou sintomas relacionados com a dispneia. Esta foi sua principal queixa e dela decorreu outras como a fadiga, com dificuldade para realizar atividades da vida diária, e a dificuldade para dormir, devido ao agravamento da dispneia quando assumia decúbitos horizontais.

Resultados de um estudo apontam que os distúrbios do padrão do sono também são frequentes nesses pacientes em razão da dispneia e da fadiga provocadas pela doença e, por isso, devem ser mensurados à medida que os sintomas aparecem ou se intensifiquem. O exercício físico é inviável por causar sobrecarga no coração devido ao esforço corporal, aumentando os sintomas da IC e piorando o quadro do paciente. Contudo, exercícios de baixa intensidade, como o alongamento e o relaxamento, já tem sido indicado a esses pacientes, pois aumenta a sua qualidade de vida. As técnicas respiratórias também ajudam na redução dos sintomas da IC e a expressão corporal na capacidade de movimentação e até mesmo na redução do estresse (ALMEIDA et al., 2013).

Remetendo-se ao estresse, este está diretamente relacionado à saúde emocional. No caso de portadores de morbidades crônicas, muitas vezes se encontra quadros depressivos ou de desesperança associados ao seu prognóstico.

O fator emocional afeta diretamente a saúde cardiovascular, sendo que a maior parte destes fatores ocorre no âmbito familiar ou no trabalho (REZA, 2007).

Corroborando o citado, retomamos os contexto ambiental, sociocultural e psicoespiritual, todos diretamente influenciados pelo estado emocional do paciente, o qual altera sua autoimagem e suas relações com os outros.

A ocorrência de depressão em pacientes com IC crônica associa-se a menor capacidade funcional (SHIMIZU et al., 2011) e pior prognóstico (FRASURE-SMITH et al., 2009; MILANI et al., 2011).

No contexto sociocultural e psicoespiritual, Manoá relatou tristeza ocasionada por falta de satisfação e de controle da situação devido à dependência de outras pessoas para o seu cuidado e a consequência desta dependência para a rotina de seus familiares. Já Noé apresentou desconfortos de ordem emocional (tristeza ou estresse) nos contextos ambiental, sociocultural e psicoespiritual. Se mostrou triste com as incapacidades advindas da doença, as quais o obrigaram a abandonar sua atividade laboral e trouxeram o sentimento de falta de controle sobre seu estado de saúde. Também, em relato verbal, se disse inquieto e com dificuldades para relaxar devido ao barulho gerado por sua família.

Um estudo demonstrou que o ambiente familiar foi o maior causador de estresse, indicando a necessidade desses pacientes de criarem mecanismos de escape do estresse, como relaxamento, distração com atividades manuais e diálogo com os familiares, a fim de amenizar e restabelecer os laços afetivos (ALMEIDA et al., 2013).

Programar estratégias junto à equipe de enfermagem para educação do paciente e conscientização a respeito de sua qualidade de vida está entre as metas e são atividades importantes para reestabelecer sua melhor condição de vida. É nesse ponto que uma intervenção do enfermeiro torna-se significativa, pois ele pode dar informações claras e objetivas a respeito do estado de saúde do cliente e de seu prognóstico, e ajudá-lo a compreender o processo de adoecimento, incentivando o autocuidado, e adequando esquemas terapêuticos ao estilo de vida do paciente (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005).

Tendo em vista as necessidades de conforto e as variáveis intervenientes de cada participante, deu-se seguimento ao PE, com estabelecimento dos RE pertinentes ao seu maior conforto e das IE passíveis de alcance dos melhores resultados.

5.4 Resultados de enfermagem

Para cada DE foram selecionados os RE, segundo a Classificação dos Resultados de Enfermagem da NOC (MOORHEAD et al., 2010), que sugerissem efeitos de conforto em nível de alívio, tranquilidade e/ou transcendência, tipos de conforto descritos por Kolcaba (2003). Estes RE foram eleitos para cada contexto, conforme as necessidades de conforto demonstradas por cada um dos participantes.

A identificação do tipo de conforto que as intervenções deveriam gerar foi feita, inicialmente, pela escala de conforto, contudo, utilizou-se também os outros instrumentos e a observação assistemática, como auxílio a uma visão holística do paciente, já que a escala é constituída por questões fixas, não cobrindo todos os aspectos inerentes às necessidades de conforto dos participantes.

A classificação das necessidades de conforto, por tipo e contexto, feita com auxílio dos demais instrumentos, possui caráter subjetivo e o processo de sua alocação foi realizado pela pesquisadora por meio da análise dos dados obtidos e confrontação com o prescrito na Teoria do Conforto.

O quadro a seguir apresenta os tipos e contextos de conforto nos quais os participantes apresentaram necessidades, bem como por qual instrumento foram identificadas.

Quadro 7. Distribuição das necessidades de conforto de acordo com o contexto e o tipo de conforto teorizado por Kolcaba (2012). Fortaleza - CE, 2013.

Tipo de conforto \ Contexto do conforto	Alívio		Tranquilidade		Transcendência	
	Manoá	Noé	Manoá	Noé	Manoá	Noé
Físico	NCAE NCO	NCAE NCE _n NCO	NCAE NCO	NCAE NCE _n NCO	NCEC NCAE	NCEC NCAE
Ambiental	SNC	SNC	SNC	NCEC NCO	SNC	SNC
Sociocultural	NCEC	NCEC	NCO	NCE _n NCO	NCO	SNC
Psicoespiritual	NCEC	NCEC NCO	SNC	NCEC	SNC	NCEC

*NCEC – Necessidades de conforto identificadas pela escala de conforto;

*NCE_n – Necessidades de conforto identificadas pela entrevista;

*NCAE – Necessidades de conforto identificadas pela anamnese e exame físico;

*NCO – Necessidades de conforto identificadas pela observação assistemática;

*SNC – Sem necessidades de conforto.

Identificados os tipos de conforto requeridos pelos participantes por contexto, a partir das estratégias de coleta de dados, emergiram os RE, os quais fizeram referência ao conforto requerido para cada DE estabelecido. Os quadros a seguir exibem o descrito:

Quadro 8. Distribuição dos resultados esperados para alcance dos diversos tipos de conforto de Manoá nos contextos físico, ambiental, sociocultural e psicoespiritual. Fortaleza - CE, 2013.

MANOÁ					
CONTEXTO (Teoria do Conforto)	DE (NANDA-I)	DE (FATORES RELACIONADOS)	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)		
			Alívio	Tranquilidade	Transcên- dência
Físico	Conforto prejudicado	-Sintomas relacionados à doença (edema, desidratação da pele, lesões e desconforto ao permanecer muito tempo de pé)	(1608) Controle de sintomas	(2100) Nível de conforto	-
		-Falta de controle da situação (dificuldade de locomover-se)	-	(0200) Locomoção: caminhar	(0208) Mobilidade
	Dor aguda	-Agentes lesivos (sintomas relacionados à doença – edema)	(1605) Controle da dor	(2100) Nível de conforto	-
	Disposição para melhora do conforto	- Expressa vontade de realizar atividades físicas	(0300) Auto-cuidado: Atividades da vida diária	(0306) Auto-cuidado: Atividades Instrumentais da Vida Diária	-
Sociocultural	Conforto prejudicado	-Falta de controle da situação (dependência de outras pessoas para o seu cuidado)	-	(1305) Adaptação psicossocial: Mudança de vida	(1614) Autonomia pessoal
		-Falta de controle da situação (cuidador não tem tempo para dedicação exclusiva ao cuidado, parou de trabalhar para cuidar do paciente)	-	(2508) Bem-estar do cuidador	(2210) Potencial de resistência do cuidador para cuidado prolongado
Psicoespiritual	Conforto prejudicado	-Falta de controle da situação (sua situação o deixa triste)	(1300) Aceitação: Estado de saúde	-	-

Quadro 9. Distribuição dos resultados esperados para alcance dos diversos tipos de conforto de Noé nos contextos físico, ambiental, sociocultural e psicoespiritual. Fortaleza - CE, 2013.

NOÉ					
CONTEXTO (Teoria do Conforto)	DE (NANDA-I)	DE (FATORES RELACIONADOS)	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)		
			Alívio	Tranquilidade	Transcendência
Físico	Conforto prejudicado	- Estímulos ambientais nocivos (barulho e agitação no domicílio)	-	(0003) Repouso	(0004) Sono
		- Sintomas relacionados à doença (dispneia e edema MMII)	(1608) Controle de sintomas	(2100) Nível de conforto	-
		- Falta de controle da situação (dieta inadequada)	(1405) Autocontrole da impulsividade	(1802) Conhecimento Dieta	-
	Dor aguda	- Agentes lesivos (efeito secundário relacionado ao tratamento - câimbras)	(1605) Controle da dor	(2100) Nível de conforto	-
	Disposição para melhora do conforto	- Expressa vontade de realizar atividades físicas	-	(0306) Autocuidado: Atividades Instrumentais da Vida Diária	-
Ambiental	Conforto prejudicado	- Estímulos ambientais nocivos (barulho)	-	(3007) Satisfação do cliente: Ambiente físico	-
Sociocultural	Conforto prejudicado	- Sintomas relacionados à doença (incapacidade de trabalhar; falta de função social)	-	(1305) Adaptação psicossocial: Mudança de vida	-
Psicoespiritual	Conforto prejudicado	- Falta de controle da situação (não tem controle sobre seu estado de saúde)	(1300) Aceitação: Estado de saúde	(1617) Autocontrole da doença cardíaca	(2002) Bem estar pessoal

No contexto físico, percebeu-se que tanto Manoá como Noé necessitavam de medidas que propiciassem conforto em nível de alívio, tranquilidade e transcendência.

As necessidades de conforto do tipo alívio advieram da análise da anamnese, exame físico, observação e entrevista, e são aquelas que carecem de uma resolução mais rápida, como os sintomas relacionados à IC e às morbidades

associadas, como DM, no caso de Manoá. Noé ressaltou o desconforto físico na entrevista, quando referiu: *“Meu problema é a falta de ar. Eu acho que é o maior problema da humanidade. Se as pessoas sentirem o que é falta de ar, elas vão ver o quanto é terrível”*. Outras necessidades carentes de alívio e observadas nos dois casos foram dor e sedentarismo.

Para tais necessidades, elegeu-se como RE em nível de alívio: **Controle de sintomas** e **Controle da dor** para ambos os casos, e, especificamente para Manoá **Autocuidado: atividades da vida diária**. Esta não foi relacionada para Noé, pois, apesar de possuírem a mesma necessidade de realizar atividades físicas, Noé relatou que sempre que possível fazia as tarefas de casa, ao contrário de Manoá, que não realizava nenhuma atividade doméstica, ficando todas ao cargo de sua esposa/cuidadora. Especificamente para Noé também listou-se o RE **Autocontrole da impulsividade**, relacionado à dieta inadequada, intuída durante a anamnese.

Com relação ao RE eleito como indicador de conforto relacionado com a necessidade de realizar atividades físicas, optou-se por eleger atividades de vida diária (autocuidado), pois, em geral, médicos não orientam pacientes com IC para a realização de exercício (GUIMARÃES et al., 2010). A reabilitação ou atividade física programada melhora a qualidade de vida, capacidade para exercício, contudo os resultados para sobrevida e hospitalizações são conflitantes (CARVALHO et al., 2009; PIEPOLI et al., 2011).

Já relacionado à dieta, salienta-se que a orientação nutricional tem fundamental importância no tratamento de pacientes com IC, contribuindo para maior equilíbrio da doença, melhorando a capacidade funcional e a qualidade de vida com impacto positivo na morbimortalidade (AQUILANI et al., 2003; CHESSE; STANLEY, 2008).

Retornando aos RE para o conforto do tipo tranquilidade, estes foram alocados para as necessidades de conforto que sanadas produzissem um estado de calma ou contentamento. Cita-se as necessidades de controle dos sintomas relacionados à doença, da dor e da falta de atividades físicas, contudo não mais como um resultado imediato e passageiro, mas sim duradouro e decorrente de mudanças de estilo de vida. Outras necessidades que requerem este tipo de conforto são: a dificuldade de locomoção, específica de Manoá e percebida por intermédio da anamnese, do exame físico e da observação; o controle do ambiente

(relativo ao barulho e à agitação no domicílio, percebidos pela observação), e a dieta inadequada, necessidades de medidas de conforto para Noé.

Para estas necessidades foram selecionados RE que representassem estado de tranquilidade, quais sejam: **Nível de conforto** (para a sintomatologia e a dor) e **Autocuidado: atividades instrumentais da vida diária** (para o sedentarismo). Singularmente para Manoá, **Locomoção: caminhar**, referente à sua dificuldade em locomover-se; e para Noé, **Conhecimento: Dieta**, para uma alimentação mais balanceada; e **Repouso**, como resultados de medidas de conforto relativas ao controle do barulho e da agitação do ambiente.

Segundo a III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica, o estímulo à adoção de medidas anti-estresse, deve fazer parte das orientações não farmacológicas aos pacientes com IC (BOCCHI et al., 2009).

Com relação aos RE representativos de transcendência, percebeu-se que foram minoria no contexto físico. Este tipo de conforto, da classificação de Kolcaba (2003), é o mais difícil de ser alcançado, pois refere-se a um estado em que os problemas são superados. No caso de pacientes com adoecimentos crônicos, algumas das necessidades identificadas são improváveis de transcendências. Este tipo de conforto foi percebido como necessário para os participantes do estudo pela escala de conforto, anamnese e exame físico, os quais apontaram para Manoá necessidade de transcendência relacionada à dificuldade de locomoção, elegendo-se o RE **Mobilidade**. Para Noé foi selecionado **Sono** como um resultado transcendente relativo ao controle do ambiente do seu lar.

No contexto ambiental, apenas Noé mostrou necessidades de intervenções, as quais estavam relacionadas com os estímulos ambientais nocivos (barulho). A escala de conforto e a observação ressaltaram que esta necessidade requeria um RE representativo de tranquilidade. Assim, elegeu-se para este problema o RE **Satisfação do cliente: Ambiente físico**.

No contexto sociocultural, ambos evidenciam necessidades em nível de alívio, pela escala de conforto. Manoá apresentou necessidade de conforto referente à dependência de outras pessoas para o seu cuidado e à falta de tempo da esposa/cuidadora para dedicação exclusiva ao cuidado. Contudo, não foram encontrados na NOC resultados que indicassem alívio dessas problemáticas. Sendo assim, como foi percebida pela observação que essas necessidades demandavam RE também em nível de tranquilidade e transcendência, foram eleitos **Adaptação**

psicossocial: mudança de vida (em nível de tranquilidade) e **Autonomia pessoal** (em nível de transcendência) para a primeira necessidade; e **Bem-estar do cuidador** (em nível de tranquilidade) e **Potencial de resistência do cuidador para cuidado prolongado** (em nível de transcendência) para a segunda.

A discussão referente à sobrecarga familiar diante da dependência é algo que já vem acontecendo há algumas décadas, sendo situação comum nos domicílios com familiares dependentes, principalmente na ausência de apoio (BRITO; RABINOVICH, 2008; PINTO et al., 2009). Estudo aponta que os cuidadores necessitam de pausas, de períodos em que eles se afastem do doente: física e mentalmente. Sem atender a esse pré-requisito, não há como assegurar que a saúde de quem cuida não seja comprometida (MARQUES et al. 2011).

A falta de tempo para atender às necessidades e interesses pessoais e dedicar-se ao bem-estar de outrem compromete e ameaça o bem-estar do cuidador. Abrir mão de si para cuidar do outro é algo que pode ser sustentado durante certo período, mas quando ultrapassa o limite, gera a frustração pela falta de tempo para atender às necessidades e interesses pessoais (GALLAGHER; PHILLIPS; CARROLL, 2010).

Já quanto ao contexto sociocultural, para Noé também não foi encontrado na NOC RE equivalente à alívio, quando da necessidade de intervenções referentes à incapacidade de trabalhar e falta de função social. Contudo, RE em nível de tranquilidade também foram demandados pela observação e entrevista. Assim, listou-se o RE **Adaptação psicossocial: mudança de vida** como resultado indicador de tranquilidade gerada pelas medidas de conforto referentes à necessidade citada.

Deve-se lembrar que a IC traz para a vida da pessoa adoecida, além do impacto emocional que afeta diretamente o estímulo para dar continuidade às atividades de lazer, sinais e sintomas que dificultam a manutenção de uma rotina normal. O cansaço decorrente da doença pode levar o cliente a abandonar aquilo que lhe traz prazer e realização, em virtude das restrições impostas pelos sinais clínicos (OLIVEIRA; CORREIA, CAVALCANTI, 2013).

Entretanto, apesar da complexidade da doença, os indivíduos devem procurar manter momentos de lazer, situações que tragam distração e ocupem seu tempo, pois nessas condições a adaptação à doença será menos frustrante e traumática (ROCHA; SILVA, 2009).

Abordando o contexto psíquico-espiritual, Manoá demonstrou necessidades de conforto somente em nível de alívio, e esta foi mensurada pela escala de conforto. Tal necessidade advém da falta de controle sobre seu estado de saúde, o que o deixa triste. Para esta necessidade escolheu-se o RE **Aceitação: estado de saúde**, como indicador de alívio.

Noé evidenciou, pela escala de conforto e pela observação, necessidade de resultados nos três tipos de conforto, referentes à falta de controle sobre seu estado de saúde. Como RE sugestivo de alívio listou-se **Aceitação: estado de saúde**; de tranquilidade, **Autocontrole da doença cardíaca**; e de transcendência, **Bem estar pessoal**.

Um estudo demonstrou que grande parte dos pacientes não tem conhecimento do seu diagnóstico e quando tem, citam apenas dados da fisiopatologia. Ressaltou que, quando o paciente toma conhecimento da sua doença, ele passa a associar melhor a finalidade do seu tratamento à causa que o levou a adoecer, de forma mais compreensível (ALMEIDA et al., 2013). Alude-se que, com a ampliação do conhecimento a respeito da doença, o paciente fica mais capacitado para o autocontrole e passível de aceitação do seu estado de saúde.

Já o bem estar pessoal, segundo Vecchia et al. (2005), juntamente com a autoestima são fatores influenciadores da qualidade de vida e incluem uma série de aspectos, como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e com atividades diárias e o ambiente em que se vive. Sendo assim, o bem estar pessoal aparece como um fator de satisfação pessoal, característico de transcendência individual.

Os RE selecionados serviram como guia para a identificação das IE mais adequadas ao alcance de maior conforto dos participantes, de acordo com as necessidades identificadas para cada um.

5.5 Intervenções de enfermagem / Medidas de Conforto

As intervenções de enfermagem ou medidas de conforto, segundo nomeia Kolcaba (2003), foram elencadas *à priori*, quando do planejamento do plano de cuidados do paciente, e seguiram a Classificação das Intervenções de

Enfermagem – NIC (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008). Tais IE foram escolhidas como meio para o alcance dos RE já estabelecidos. Contudo, mesmo com esta pré-seleção, as IE foram dispostas para discussão com os participantes quanto à sua adequabilidade a cada contexto de necessidades de conforto.

As IE constaram de recomendações ao paciente sobre medidas de conforto (autocuidado e autoconforto) e à família sobre participação no cuidado de conforto ao familiar. Para cada DE foram escolhidas as IE pertinentes ao alcance dos RE e descritas as atividades/recomendações inerentes.

Seguem quadros individualizados com as IE e recomendações para cada DE, almejando os RE estabelecidos para cada contexto de conforto:

Quadro 10. Distribuição das intervenções de enfermagem e recomendações ao paciente e família sobre medidas de conforto para alcance dos resultados estabelecidos para Manoá nos contextos físico, ambiental, sociocultural e psicoespiritual. Fortaleza - CE, 2013.

MANOÁ	
CONTEXTO FÍSICO	
<p style="text-align: center;">DE: Conforto prejudicado Relacionado aos sintomas da doença (edema, desidratação da pele, lesões e desconforto ao permanecer muito tempo de pé).</p>	
<p style="text-align: center;">Tipo de conforto: Alívio, RE: Controle de sintomas Tipo de conforto: Tranquilidade, RE: Nível de conforto</p>	
RECOMENDAÇÕES AO PACIENTE	RECOMENDAÇÕES À FAMÍLIA
<p style="text-align: center;">IE: (6482) Controle do ambiente: conforto</p>	
<p>-Posicionar o paciente para facilitar o conforto. *Elevar membros inferiores *Evitar longos períodos na mesma posição, principalmente em pé.</p>	
<p>-Monitorar a pele, especialmente sobre as saliências corporais, na busca de sinais de pressão ou irritação.</p>	
<p style="text-align: center;">IE: (3480) Monitoração das extremidades inferiores</p>	
<p>-Examinar as extremidades inferiores em busca de presença de edema. -Examinar as unhas dos pés quanto a mudanças. -Examinar a pele quanto a cor, temperatura, hidratação, crescimento dos pelos, textura e fissuras ou lesões.</p>	
<p style="text-align: center;">IE: (3660) Cuidado com lesões</p>	
<p>-Orientar o paciente ou o(s) membro(s) da família sobre os procedimentos de cuidados com a ferida. -Posicionar o paciente de modo a evitar tensão sobre a lesão.</p>	

IE: (1480) Massagem simples	
-	-Preparar um ambiente confortável e silencioso; colocar o paciente em uma posição que facilite a massagem; utilizar um óleo para facilitar a massagem; utilizar movimentos contínuos (de baixo para cima).
IE: (4044) Cuidados cardíacos	
-Comer refeições pequenas e fracionadas. *A cada 3 horas. *Diminuir consumo de sódio, líquido e carboidratos.	-
IE: (5602) Ensino: Processo de doença	
-Explicar a fisiopatologia da doença e como ela se relaciona à anatomia e à fisiologia, quando adequado.	
-Orientar o paciente sobre medidas de controle/minimização de sintomas, quando adequado.	
IE: (3584) Cuidados com a pele: tratamentos tópicos	
-Evitar o uso de lençóis com materiais de textura mais grossa.	
-Aplicar emolientes na área afetada.	
DE: Conforto prejudicado Relacionado à falta de controle da situação (dificuldade de locomover-se).	
Tipo de conforto: Tranquilidade , RE: Locomoção: caminhar Tipo de conforto: Transcendência , RE: Mobilidade	
RECOMENDAÇÕES AO PACIENTE	RECOMENDAÇÕES À FAMÍLIA
IE: (6480) Controle do ambiente	
-	-Criar um ambiente seguro para o paciente.
-	-Remover perigos ambientais (p. ex. tapetes escorregadios e pequenas peças de mobiliário que possam ser movimentadas)
IE: (0221) Terapia com exercício: deambulação	
-	-Auxiliar o paciente a usar calçados que facilitem o andar e previnam lesões.
-	-Oferecer recurso auxiliar (p. ex. bengala), se necessário.
DE: Dor aguda Relacionado a agentes lesivos (sintomas relacionados à doença – edema).	
Tipo de conforto: Alívio , RE: Controle da dor Tipo de conforto: Tranquilidade , RE: Nível de conforto	
RECOMENDAÇÕES AO PACIENTE	RECOMENDAÇÕES À FAMÍLIA
IE: (1400) Controle da dor	

-Ensinar o uso de técnicas não farmacológicas (p. ex. posicionamento) antes, após e, se possível, durante atividades dolorosas; antes que a dor ocorra ou aumente; e junto com outras medidas de alívio da dor.	
-Incorporar a família na modalidade de alívio da dor, se possível.	
-Oferecer informações sobre a dor, como suas causas, tempo de duração e desconfortos.	
IE: (1480) Massagem simples	
-	-Preparar um ambiente confortável e silencioso; colocar o paciente em uma posição que facilite a massagem; utilizar um óleo para facilitar a massagem; utilizar movimentos contínuos (de baixo para cima).
IE: (0840) Posicionamento	
-Elevar a parte do corpo afetada (MIE).	
*Evitar longos períodos na mesma posição, principalmente em pé.	
-Oferecer apoio para área edemaciada.	
DE: Disposição para melhora do conforto Relacionado à vontade de realizar atividades físicas.	
Tipo de conforto: Alívio , RE: Autocuidado: Atividades da vida diária Tipo de conforto: Tranquilidade , RE: Autocuidado: Atividades Instrumentais da vida diária	
RECOMENDAÇÕES AO PACIENTE	RECOMENDAÇÕES À FAMÍLIA
IE: (4040) Cuidados cardíacos	
-Orientar o paciente e a família sobre as restrições e a progressão das atividades.	
IE: (1800) Assistência no autocuidado	
-Encorajar o paciente a realizar atividades normais da vida diária de acordo com seu nível de capacidade.	
-Famíliares encorajar a independência; interferir apenas quando o paciente não conseguir executar algo.	
IE: (0180) Controle de energia	
-Estimular períodos alternados de repouso e atividade.	-
-Organizar atividades físicas que reduzam a competição pelo suprimento de oxigênio às funções vitais do organismo (p. ex. evitar atividade logo após as refeições).	-
-Encorajar a realização de atividade física (p. ex. deambulação ou desempenho de atividades cotidianas, compatíveis com os recursos energéticos do paciente).	-
-Orientar o paciente/pessoas significativas a reconhecer sinais e sintomas de fadiga que requeiram a redução da atividade.	
-Auxiliar o paciente/pessoas significativas a estabelecer metas de atividade realistas.	
CONTEXTO SOCIOCULTURAL	
DE: Conforto prejudicado Relacionado à falta de controle da situação (dependência de outras pessoas para o seu cuidado).	

Tipo de conforto: Tranquilidade , RE: Adaptação psicossocial: mudança de vida Tipo de conforto: Transcendência , RE: Autonomia pessoal	
RECOMENDAÇÕES AO PACIENTE	RECOMENDAÇÕES À FAMÍLIA
IE: (5230) Melhora do enfrentamento	
-Promover situações que estimulem a autonomia do paciente.	
-Encorajar o paciente a identificar seus pontos fortes e capacidades.	
DE: Conforto prejudicado Relacionado à falta de controle da situação (cuidador não tem tempo para dedicação exclusiva ao cuidado, parou de trabalhar para cuidar do paciente).	
Tipo de conforto: Tranquilidade , RE: Bem-estar do cuidador Tipo de conforto: Transcendência , RE: Potencial de resistência do cuidador para cuidado prolongado	
RECOMENDAÇÕES AO PACIENTE	RECOMENDAÇÕES À FAMÍLIA
IE: (7040) Apoio ao cuidador	
-Fazer afirmações positivas sobre os esforços do cuidador.	-
-Estimular o cuidador a manter uma vida social.	-
CONTEXTO PSICOESPIRITUAL	
DE: Conforto prejudicado Relacionado à falta de controle da situação (sua situação o deixa triste).	
Tipo de conforto: Alívio , RE: Aceitação: estado de saúde	
RECOMENDAÇÕES AO PACIENTE	RECOMENDAÇÕES À FAMÍLIA
IE: (5230) Melhora do enfrentamento	
-Auxiliar o paciente a identificar estratégias positivas para lidar com as limitações e administrar mudanças necessárias no estilo de vida e no desempenho de papéis.	

Quadro 11. Distribuição das intervenções de enfermagem e recomendações ao paciente e família sobre medidas de conforto para alcance dos resultados estabelecidos para Noé nos contextos físico, ambiental, sociocultural e psicoespiritual. Fortaleza - CE, 2013.

NOÉ
CONTEXTO FÍSICO
DE: Conforto prejudicado Relacionado aos estímulos ambientais nocivos (barulho e agitação no domicílio).
Tipo de conforto: Tranquilidade , RE: Repouso Tipo de conforto: Transcendência , RE: Sono

RECOMENDAÇÕES AO PACIENTE	RECOMENDAÇÕES À FAMÍLIA
IE: (6482) Controle do ambiente: conforto	
-Prevenir interrupções desnecessárias e permitir períodos de descanso. *Rever horário das medicações para não interromper o sono.	
-	-Controlar ou prevenir ruídos indesejáveis ou excessivos, quando possível.
IE: (1850) Melhora do sono	
-Explicar a importância de um sono adequado.	
-Encorajar o paciente a estabelecer uma rotina ao deitar, de modo a facilitar a transição do estado de alerta ao estado de sono. *Pode utilizar recursos pró-sono, como a leitura de um livro, músicas calmas, etc.	-
-Eliminar situações estressantes antes do horário de dormir (barulho, estimulação visual – TV).	
-Monitorar os alimentos e os líquidos ingeridos no horário de dormir, observando itens que facilitam ou interferem o sono.	
DE: Conforto prejudicado Relacionado aos sintomas da doença (dispneia e edema MMII).	
Tipo de conforto: Alívio , RE: Controle de sintomas Tipo de conforto: Tranquilidade , RE: Nível de conforto	
RECOMENDAÇÕES AO PACIENTE	RECOMENDAÇÕES À FAMÍLIA
IE: (6482) Controle do ambiente: conforto	
-Posicionar o paciente para facilitar o conforto. *Elevar membros *Deitar com a cabeça apoiada para não ficar totalmente na horizontal.	
IE: (4044) Cuidados cardíacos	
-Comer refeições pequenas e fracionadas. *A cada 3 horas. *Diminuir consumo de sódio e líquido.	
IE: (1480) Massagem simples	
-	-Preparar um ambiente confortável e silencioso; colocar o paciente em uma posição que facilite a massagem; utilizar um óleo para facilitar a massagem; utilizar movimentos contínuos (de baixo para cima).
DE: Conforto prejudicado Relacionado à falta de controle da situação (dieta inadequada).	
Tipo de conforto: Alívio , RE: Autocontrole da impulsividade Tipo de conforto: Tranquilidade , RE: Conhecimento: dieta	
RECOMENDAÇÕES AO PACIENTE	RECOMENDAÇÕES À FAMÍLIA

IE: (5246) Aconselhamento nutricional	
-Oferecer informações, quando necessário, sobre a necessidade de saúde para a modificação da dieta (redução de sódio e restrição de líquidos).	
DE: Dor aguda Relacionado a agentes lesivos (efeito secundário relacionado ao tratamento - câimbras).	
Tipo de conforto: Alívio , RE: Controle da dor Tipo de conforto: Tranquilidade , RE: Nível de conforto	
RECOMENDAÇÕES AO PACIENTE	RECOMENDAÇÕES À FAMÍLIA
IE: (1380) Aplicação de calor/frio	
-Explica o uso de calor ou frio, a justificativa do tratamento e a maneira como ele afetará os sintomas do paciente. * Aplicar calor no músculo tenso/enrijecido, ou aplicar frio para o músculo dolorido/frágil.	
IE: (1400) Controle da dor	
-Ensinar o uso de técnicas não farmacológicas (aplicação de calor/frio, massagem) antes, após e, se possível, durante atividades dolorosas; antes que a dor ocorra ou aumente; e junto com outras medidas de alívio da dor.	
-Incorporar a família na modalidade de alívio da dor, se possível.	
-Oferecer informações sobre a dor, como suas causas, tempo de duração e desconfortos.	
IE: (1480) Massagem simples	
-Massagear a área afetada usando movimentos contínuos, simétricos e rítmicos (com movimentos circulares).	
IE: (2007) Controle de eletrólitos: hipocalcemia	
-Oferecer alimentos ricos em potássio (p. ex.: bananas, vegetais verdes, tomates, vegetais amarelos, chocolates e derivados do leite).	
IE: (0840) Posicionamento	
- Quando as câimbras se manifestam nas pernas, a pessoa deve ficar em pé e colocar o peso sobre a perna acometida, dobrando o joelho para esticar os músculos da batata da perna. Se não conseguir ficar em pé, deve sentar-se, esticar a perna e puxar os pés para trás com as mãos.	
DE: Disposição para melhora do conforto Relacionado à vontade de realizar atividades físicas.	
Tipo de conforto: Tranquilidade , RE: Autocuidado: Atividades Instrumentais da vida diária	
RECOMENDAÇÕES AO PACIENTE	RECOMENDAÇÕES À FAMÍLIA
IE: (4040) Cuidados cardíacos	
-Orientar o paciente e a família sobre as restrições e a progressão das atividades.	
IE: (0180) Controle de energia	

-Estimular períodos alternados de repouso e atividade.	-
-Organizar atividades físicas que reduzam a competição pelo suprimento de oxigênio às funções vitais do organismo (p. ex. evitar atividade logo após as refeições).	-
-Encorajar a realização de atividade física (p. ex. deambulação ou desempenho de atividades cotidianas, compatíveis com os recursos energéticos do paciente).	-
-Orientar o paciente/pessoas significativas a reconhecer sinais e sintomas de fadiga que requeiram a redução da atividade.	
-Auxiliar o paciente/pessoas significativas a estabelecer metas de atividade realistas.	
CONTEXTO AMBIENTAL	
DE: Conforto prejudicado Relacionado aos estímulos ambientais nocivos (barulho).	
Tipo de conforto: Tranquilidade , RE: Satisfação do cliente: ambiente físico	
RECOMENDAÇÕES AO PACIENTE	RECOMENDAÇÕES À FAMÍLIA
IE: (6482) Controle do ambiente: Conforto	
-	-Controlar ou prevenir ruídos indesejáveis ou excessivos, quando possível.
CONTEXTO SOCIOCULTURAL	
DE: Conforto prejudicado Relacionado aos sintomas da doença (incapacidade de trabalhar e falta de função social).	
Tipo de conforto: Tranquilidade , RE: Adaptação psicossocial: mudança de vida	
RECOMENDAÇÕES AO PACIENTE	RECOMENDAÇÕES À FAMÍLIA
IE: (4310) Terapia ocupacional	
-Auxiliar o paciente a programar períodos específicos de atividades de diversão (trabalhos manuais) em sua rotina diária.	
-Auxiliar o paciente e a família a adaptar o ambiente de modo a acomodar a atividade desejada.	
CONTEXTO PSICOESPIRITUAL	
DE: Conforto prejudicado Relacionado à falta de controle sobre seu estado de saúde.	
Tipo de conforto: Alívio , RE: Aceitação: estado de saúde Tipo de conforto: Tranquilidade , RE: Autocontrole da doença cardíaca Tipo de conforto: Transcendência , RE: Melhora do enfrentamento	
RECOMENDAÇÕES AO PACIENTE	RECOMENDAÇÕES À FAMÍLIA

IE: (5230) Melhora do enfrentamento

-Auxiliar o paciente a identificar estratégias positivas para lidar com as limitações e administrar mudanças necessárias no estilo de vida e no desempenho de papéis.

Descritas as IE pertinentes ao alcance dos RE de acordo com o tipo de conforto requerido por cada participante, seguiu-se à implementação destas medidas, o que se realizou por meio de discussão das recomendações propostas, durante a segunda visita domiciliária.

Para melhor compreensão das IE propostas, optou-se pela confecção de um manual contendo as recomendações de medidas de conforto em uma linguagem mais acessível que a utilizada na NIC. Este manual, denominado “**Em busca de CONFORTO: Medidas e atividades para melhora do conforto em domicílio**” (Apêndice H), foi elaborado de forma personalizada, de acordo com as necessidades de informação e conforto demonstrada por cada indivíduo.

A linguagem utilizada no manual foi pouco formal, e as considerações e exemplos foram particularizados pelo apreendido no primeiro encontro com o cada participante do estudo. Além das recomendações de medidas de conforto, fizeram parte do *corpus* do manual, informações sobre a IC, como sua definição, principais sintomas e forma de tratamento. Também com caráter informativo e como suporte ao controle da terapêutica, foram definidas as funções de todos os medicamentos em uso pelos participantes, e anexo um quadro para aprazamento dos horários de tomada.

Após essas informações, fez-se pequena exposição do que é o conforto, utilizando-se, para isso, a conceitualização de Kolcaba (2003). Paraphraseando a teórica, descreveu-se o conforto como sendo uma experiência individual de sentir-se bem e fortalecido, com suas necessidades satisfeitas. Trata-se de uma sensação agradável e envolve tanto o bem estar físico (do corpo), psicoespiritual (da mente e espírito), ambiental (do local que nos rodeia) e sociocultural (das pessoas próximas e dos cenários sociais dos quais fazemos parte). Também, se abordou sobre necessidades de conforto, referindo que estas são identificadas por nós mesmos, por nossos familiares ou pela equipe de saúde, e que, se satisfeitas, aumentam o nível de conforto.

Em seguida foram descritas as necessidades de conforto intuídas na primeira visita domiciliária. Cada necessidade foi alocada por contexto e descritas as

razões que levaram a pesquisadora a considerá-las como necessidades/problemas. Só então, foram listadas as sugestões de atividades/ações potencialmente promotoras de conforto. Cada necessidade e conjunto de sugestões foram discutidas juntamente com o sujeito, permitindo esclarecimento de dúvidas e adequações de medidas mais adequadas à sua realidade.

Enfatizou-se que a participação do sujeito neste momento era de fundamental importância, pois a proposta da pesquisadora não era trazer informações prontas e repassá-las para o paciente, mas sim trazer sugestões e discutindo-as, moldá-las para atender da melhor maneira às necessidades de conforto dele. Sendo assim, reforçou-se que o paciente era o protagonista, e que seu julgamento era imprescindível.

A discussão das propostas de intervenção com Manoá e sua esposa/cuidadora foi bastante participativa. Em determinado momento, ao discutir sobre uma necessidade em particular (necessidade de conforto do cuidador), o paciente se emocionou e chorou, pois reconheceu a dedicação da sua esposa nos cuidados prestados a ele; já a cuidadora se mostrou muito feliz pelo reconhecimento da importância do seu papel. Neste momento foi possível perceber que as sugestões de atividades se fizeram muito pertinentes ao conforto dos dois.

A observação das necessidades do cuidador é papel fundamental da enfermagem, que pode, juntamente com o cuidador, pensar nas possibilidades de recompor suas energias físicas e emocionais. A exposição contínua dos cuidadores aos eventos estressantes da situação de cuidado implica alteração gradual e generalizada dos seus recursos pessoais e do seu bem-estar. Outros estudos também identificaram associação entre maior duração do cuidado e pior qualidade de vida do cuidador (FRANCO; JORGE, 2004; FERNANDES; GARCIA, 2009).

Assumir a responsabilidade por cuidados a pessoas com doenças crônicas pode ser uma tarefa estressante para os cuidadores, principalmente pela relação afetiva. O apoio emocional e nas atividades do cuidado trazem implicações que geram no cuidador a necessidade de reconhecimento externo. Trata-se de um fator que gera conflitos familiares, principalmente entre o casal. O cuidador espera que o outro o compreenda (MARQUES et al., 2011).

Retomado à análise da situação estudada, percebeu-se que Manoá se sentiu à vontade para relatar mais sobre seus desconfortos, principalmente em relação aos sintomas decorrentes de comorbidades, permitindo um reforço da

importância de seguir o tratamento adequadamente como forma de prevenir ou minimizar danos.

O controle inadequado da doença e a não realização da prática do autocuidado representam uma ameaça para a vida do paciente com IC, pois favorece o aparecimento de complicações (OLIVEIRA et al., 2013).

Depreendeu-se deste encontro que a troca de informações e a atenção individualizada foram, em si, promotoras de conforto. O paciente referiu que estava muito feliz com a visita, pois pode perceber que existem pessoas preocupadas com seu bem-estar, e isto lhe proporcionava muito conforto.

Apesar do aspecto positivo desta afirmação, percebeu-se que o paciente era bastante dependente não apenas fisicamente, mas principalmente emocionalmente do cuidado despendido por sua esposa/cuidadora, não se esforçando em exercer o autocuidado, o que acabava por sobrecarregá-la. Então, reforçou-se a importância da realização de algumas atividades de forma mais independente, sendo esta uma necessidade percebida *à priori*, no primeiro encontro, contudo ele se mostrou resistente. A cuidadora mostrou concordar com a sugestão e reforçou-a à Manoá. Em aditivo a esta recomendação, voltou-se a enfatizar a necessidade de prover conforto também para a cuidadora.

Seguiu-se discussão das demais propostas, tais como recomendações para o controle do ambiente, objetivando maior conforto e prevenção de quedas; para o monitoramento de extremidades inferiores, tendo em vista a prevenção e/ou tratamento precoce de lesões; para cuidados cardíacos e diminuição de sua sobrecarga; para o controle da dor; e para a melhora do enfrentamento da doença por parte do paciente.

Na visita domiciliar de Noé, pode-se perceber seu contentamento em estar recebendo uma atenção individualizada. Ele foi participativo na discussão das propostas e se mostrou interessado nas informações referentes ao seu estado de saúde. Requereu esclarecimentos sobre alguns de seus sintomas devido à IC (como dispneia e câimbras), os quais foram prontamente elucidados.

Noé também se mostrou mais à vontade para compartilhar medos e angústias referentes ao seu estado de saúde. Referiu que a falta de informação ou a inadequação destas, por alguns membros da equipe de saúde, o deixavam apreensivo. Segundo ele: *“Me disseram que não posso sair de casa sozinho, nem mesmo tomar banho sozinho. Pediram para minha esposa ficar comigo no*

banheiro". Essa instrução, em particular, foi para ele motivo de muita angústia, pois o fez pensar que seu estado de saúde era muito mais grave do que ele estava ciente, passou então a sentir medo e até mesmo esperar a abreviatura de sua morte.

Outro relato enfatizou esta preocupação. Segundo Noé: *"Há algum tempo, comecei a fazer uma toalha de fuxicos, mas de um tempo para cá, comecei a me apressar para terminar, pois fico com medo de não ter tempo para isso. Antes eu nunca tinha tido medo de morrer, mas agora pressinto que está mais próximo"*. Após escutar este relato, a intervenção foi no sentido de explicar a Noé o porquê de suas limitações e que, algumas vezes, é possível que o profissional de saúde não se expresse da melhor forma, dificultando as interpretações. Aludiu-se que essa linguagem enfática do profissional que o atendeu pode significar apenas uma atenção mais cuidadosa, já que pela falta de controle mais próximo (como o que ocorre no hospital), há a preocupação em prevenir que danos aconteçam.

O enfermeiro é muitas vezes confrontado com necessidades de informação de doentes/familiares e tem de dar respostas coerentes e que não criem ansiedade e dúvidas ainda maiores; há que saber encaminhar, transmitir segurança, ajudar o doente a decidir e mobilizar recursos (LOPES; GRAVETO, 2010). Comunicar eficazmente é simultaneamente importante e difícil; constitui um desafio porque implica a utilização e o desenvolvimento de perícias básicas essenciais à comunicação entre o técnico de saúde, a pessoa doente e a família (QUERIDO; SALAZAR; NETO, 2010).

Sendo assim, reforçou-se a necessidade de o paciente esclarecer dúvidas quando não entender as informações dadas pela equipe de saúde, pois interpretações erradas muitas vezes fazem com que o paciente tenha preocupações desnecessárias e trazem ansiedade e tristeza, as quais acabam repercutindo no seu conforto. Também sugeriu-se que o paciente anotasse seus desconfortos e/ou dúvidas para esclarecê-los junto à equipe de saúde.

Ao explicar cada problema/necessidade detectado da análise dos dados da primeira visita, percebeu-se que Noé ficou mais sensibilizado a realizar as atividades propostas. Ele demonstrou ter entendido claramente o motivo de alguns desconfortos por ele sentidos, e quando apresentadas as propostas de intervenção, as discutiu e relatou que foi possível perceber de forma bem mais clara como estas atividades poderiam proporcioná-lo conforto.

Foi reforçado para os dois participantes que as propostas de medidas de conforto eram apenas sugestões, podendo ser alteradas e discutidas novamente; eles não estariam obrigados a fazer nenhuma das atividades se assim não desejassem, pois não eram imposições e sim uma forma de ajudá-los a alcançar maior conforto, mediante troca de conhecimentos. Ambos os participantes afirmaram que as propostas estavam condizentes com suas necessidades e que, após os esclarecimentos recebidos, perceberam o benefício que tais medidas poderiam proporcionar relacionado ao alcance de maior conforto.

5.6 Avaliação de enfermagem

Após a fase de implementação das recomendações de medidas de conforto, seguiu-se à avaliação de suas repercussões, o que se deu em uma terceira visita domiciliária, por meio de entrevista e observação.

Não foram utilizadas as escalas de avaliação sugeridas pela NOC, pois pretendeu-se uma avaliação qualitativa primada no descrito na Teoria do Conforto, quanto ao alcance dos resultados em nível de alívio, tranquilidade e transcendência. Assim, os resultados da avaliação por escalas, sugeridas na NOC, não dariam subsídios a esta análise, pois dados subjetivos poderiam ser desconsiderados.

No contexto físico, ambos os participantes relataram resultados positivos advindos das medidas de conforto recomendadas. Houve resultados em nível de alívio e tranquilidade.

Para Manoá, neste contexto, foram propostos os seguintes RE: em nível de alívio: **Controle dos sintomas, Controle da dor e Autocuidado: atividades da vida diária**; em nível de tranquilidade: **Nível de conforto, Locomoção: caminhar e Autocuidado: atividades instrumentais da vida diária**; e em nível de transcendência: **Mobilidade**.

Observou-se considerável melhora no estado geral de Manoá, fato também relatado por sua cuidadora. Houve melhora no aspecto da pele (com cicatrização de lesão). A esposa/cuidadora afirmou estar utilizando óleos para hidratar a pele dele e ambos estão observando possíveis alterações que possam evoluir para lesões, relatando-as para os profissionais de saúde quando da visita domiciliária. Além disso, houve considerável regressão do edema, e, conseqüentemente da dor por ele ocasionada, possibilitando maior conforto ao ficar

em pé e conseqüente melhora na locomoção. Com isso, Manoá referiu estar se sentido mais ativo e também demonstrou maior autoestima e mencionou vontade de voltar a trabalhar.

Depreende-se do observado, que resultados em nível de alívio relacionados ao controle dos sintomas e da dor foram contemplados. Também foram alcançados resultados em nível de tranquilidade, com maior conforto e melhora na locomoção. Resultados em nível de transcendência não foram observados.

Para Noé, no contexto físico, tinha-se propostos os seguintes RE: em nível de alívio: **Controle de sintomas, Autocontrole da impulsividade e Controle da dor**; em nível de tranquilidade: **Repouso, Nível de conforto, Conhecimento: dieta e Autocuidado: atividades instrumentais da vida diária**; e em nível de transcendência: **Sono**.

Pela observação e relatos do paciente percebeu-se melhora do desconforto gerado pelos barulhos no domicílio e na vizinhança. Noé referiu que os barulhos ambientais e dos familiares continuam, mas ele aprendeu a lidar com eles, segundo relata: *“Se o ambiente não está agradável, saio dali, vou para outro cômodo, vou lá fora, converso com os vizinhos, sinto a brisa, não tenho me estressado com mais nada. Tirei o estresse da minha vida”*. Esta atitude tem lhe proporcionado maior conforto.

Com relação aos sintomas advindos da IC, Noé referiu que tem evitado situações que piorem a dispneia e tem buscado agir de forma a ter maior conforto respiratório. Ele disse que os esclarecimentos recebidos fizeram muita diferença na forma como ele lidava com a doença. Disse que começou a tomar alguns cuidados que antes não os fazia, como deitar aos poucos, para diminuir o desconforto respiratório, o que tem trazido bons resultados. Tem inclusive realizado atividades do dia a dia com menor desconforto e de acordo com sua capacidade. A melhora da dispneia foi observada pela pesquisadora pela ausência de desconforto respiratório durante sua fala, o que se mostrou evidente em outros encontros. Segundo Noé: *“Saber as causas desses sintomas me proporcionou ferramentas para lidar com eles. Sabendo o que me causa falta de ar, já evito e estou muito melhor. Tenho dormido melhor, sem acordar várias vezes pelo desconforto da falta de ar”*.

O paciente não modificou o quantitativo de horas de sono. Segundo ele: *“Sempre fui da noite. A noite é meu momento de paz, o momento em que sinto vontade de fazer trabalhos manuais. O silêncio e a tranquilidade da noite me trazem*

muita paz". Mas também disse que as horas que tem dormido têm sido bem mais proveitosas. Ele criou uma rotina ao se deitar que o permitiu um maior relaxamento e horas de sono ininterruptas, sem acordar várias vezes a noite, o que tem lhe proporcionado maior descanso. Com maior descanso, o paciente percebeu que também houve melhora das câimbras.

Com relação ao edema, não houve melhora significativa, contudo o paciente está ciente de que não tem seguido a prescrição médica dos diuréticos e que isso o tem prejudicado. A dieta também continua desregrada. Isto porque, segundo Noé, comer é algo que dá prazer e ele ainda não conseguiu se controlar e diminuir maus hábitos.

A despeito do exposto, pôde-se perceber que RE em nível de tranquilidade puderam ser alcançados. Estes foram intuídos dos resultados advindos do controle sobre o ambiente, da melhora do padrão de sono e repouso, da melhora dos sintomas relacionados à doença e da realização de atividades de vida diária. Resultados em nível de alívio não foram observados em relação ao controle da dieta, contudo em relação ao controle da dor e dos sintomas, estes resultados foram mais duradouros, por isso, interpretados como em nível de tranquilidade. Resultados de transcendência ainda não haviam sido contemplados.

No contexto ambiental, apenas Noé havia demonstrado necessidades de conforto, e estas relacionadas aos estímulos ambientais nocivos (barulho). Como já discutido, resultados em nível de tranquilidade propostos foram alcançados.

No contexto sociocultural, para Manoá havia sido proposto resultados de tranquilidade (**Adaptação psicossocial: mudança de vida e Bem-estar do cuidador**) e de transcendência (**Autonomia pessoal e Potencial de resistência do cuidador para cuidado prolongado**).

Como resultado alcançado percebeu-se força para o enfrentamento da doença por parte do paciente. Manoá se mostrou mais animado quanto ao seu estado de saúde, e até sua aparência física pareceu melhor. O estado depressivo percebido durante a segunda visita também não foi mais observado, o que sinalizou um estado de alívio relacionado à necessidade de adaptação.

Relacionado ao conforto da esposa/cuidadora, percebeu-se maior tranquilidade quanto às suas demasiadas preocupações com o paciente, além de maior dedicação ao seu autocuidado, evidenciando resultado em nível de tranquilidade. Também, pode-se apreender sua pretensão em retomar a antiga

atividade profissional, e Manoá relatou ter vontade de voltar a ajudá-la (ele entregava os salgados preparados pela esposa). Segundo ele: “(...) *o nosso carro está ali só esperando eu ficar melhor*”. Com este relato foi possível perceber que o paciente está demonstrando um enfrentamento mais positivo da doença, comparado ao percebido nos outros encontros. Resultados indicadores de transcendência não foram ressaltados neste contexto.

Neste contexto, Noé tinha como previsto RE em nível de tranquilidade (**Adaptação psicossocial: mudança de vida**). Para o alcance deste, foi proposta como IE a terapia ocupacional, pela familiarização e gosto de Noé pelas artes plásticas. O paciente disse estar mais estimulado com os trabalhos manuais, os quais tem lhe feito sentir mais produtivo e ativo, demonstrando que o resultado de tranquilidade foi alcançado.

No contexto psicoespiritual, foram listados RE referentes aos três tipos de conforto para os dois participantes. Para Manoá: **Aceitação: estado de saúde** (alívio), **Imagem corporal** (tranquilidade) e **Bem estar pessoal** (transcendência). E para Noé: **Aceitação: estado de saúde** (alívio), **Autocontrole da doença cardíaca** (tranquilidade) e **Bem estar pessoal** (transcendência).

Com relação aos resultados alcançados para Manoá, percebeu-se alívio, enfatizado pela manifestação de confiança no manejo da doença, demonstrado pelo próprio paciente e por sua cuidadora. Em nenhum momento, na terceira visita, os dois se mostraram depressivos ou desanimados. O semblante do paciente evidenciou uma energia renovada. Segundo ele relatou, as visitas recebidas o fizeram muito bem: “*É muito bom ser cuidado por pessoas como você; pessoas humanas, que se preocupam com a gente, que conversam e que querem nosso bem*”. Segundo Manoá, esse cuidado é fundamental, faz com que a pessoa se recupere mais rapidamente. “*Sentimos que não estamos desamparados, que tem quem se preocupe com a gente*”.

Noé demonstrou resultado em nível de transcendência, pois além de estar muito feliz com os esclarecimentos recebidos, disse sentir-se agora no controle da situação, com subsídios para conviver com a doença da melhor forma possível. Foi possível perceber que até seu semblante estava melhor do que nas visitas anteriores. O aspecto depressivo apresentado na visita anterior, já não era mais percebido.

Segundo Noé, depois da última visita, e dos esclarecimentos recebidos, ele ficou bem mais aliviado quanto à gravidade do seu estado de saúde, pois percebeu que sua doença era passível de controle, principalmente, de controle por parte dele. Segundo ele: *“Encerrei meu estado terminal, sem precisar morrer. Pulei essa fase e agora me sinto muito bem. Não penso mais na morte. Estou muito animado e me sinto no controle. Até minha rotina de trabalhos manuais voltou ao normal. Minha colcha de fuxico, que eu estava apressado em terminar para não morrer e deixar inacabada, está guardada, não tenho mais pressa em terminá-la”*.

O paciente também falou que começou a prestar atenção em todos seus sintomas e está esclarecendo todas as suas dúvidas sempre que a equipe de saúde vai visitá-lo. Segundo ele: *“A falta de esclarecimento pode tornar a doença mais grave do que ela é”*. Disse que uma pessoa que passou ou está passando por uma doença não costuma ter pensamentos positivos sobre seu estado. E que se não lhe é esclarecido algumas coisas, *“Sua mente cria coisas muito rapidamente, e sempre coisas muito ruins”*. Ressaltou que *“O esclarecimento que você me deu foi muito melhor do que qualquer remédio que eu já tomei”*. Segundo ele, nenhum outro profissional de saúde tinha tido esse cuidado com ele. Ninguém tinha esclarecido suas dúvidas. Aludiu ainda que: *“Não tem como o corpo ficar bem se a mente não estiver bem. O estado de espírito muda tudo”*.

Finalizando o último encontro, Noé disse que esta experiência de cuidado de conforto fez uma grande diferença na sua vida. Sua forma de encarar a doença ficou muito mais fácil. Disse que o manual, elaborado segundo suas necessidades, está em uma linguagem bastante compreensível, um português muito claro. Segundo ele: *“Gosto muito de ficar lendo e relendo. Já sei até decorado onde estão algumas informações. Virou meu livro de cabeceira. Foi uma ajuda muito boa”*. Ele também disse que: *“O cuidado não é só uma cirurgia ou um remédio, é uma conversa, um toque, uma atenção individual”*.

Dos resultados observados, apreendeu-se que as intervenções/recomendações propostas foram benéficas aos dois participantes do estudo, pois proporcionaram ferramentas para o enfrentamento da doença, permitindo melhor conforto e conseqüente autonomia.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o proposto neste estudo, que foi a utilização do PE, embasado na Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, no cuidado clínico de enfermagem ao paciente com IC em domicílio, com vistas ao seu conforto, depreendeu-se que os objetivos sugeridos convieram ao alcance do proposto.

A identificação dos diagnósticos de enfermagem pertinentes às necessidades de conforto nas dimensões física, ambiental, sociocultural e psicoespiritual; o estabelecimento dos resultados esperados para os diagnósticos de enfermagem, enquanto promotores de alívio, tranquilidade ou transcendência; o estabelecimento de intervenções/atividades de conforto de acordo com os resultados esperados para os diagnósticos identificados; e a avaliação das respostas de conforto resultantes das intervenções propostas, resultaram em um cuidado clínico de enfermagem voltado para as necessidades individuais, promovendo conforto e incentivando o empoderamento do sujeito enquanto ativo no seu processo saúde-doença.

Resultados de conforto, como respostas às necessidades dos participantes do estudo, foram conquistados em todos os contextos onde ele é produzido, segundo Kolcaba, físico, ambiental, sociocultural e psicoespiritual; sendo estes alcançados em seus diversos tipos, quais sejam, alívio, tranquilidade e transcendência.

A despeito de necessidades de conforto semelhantes, passíveis de intervenções mesmas, abstraiu-se, de cada participante, individualidades e singularidades que direcionaram o cuidado num sentido único. Sendo assim, cada paciente foi cuidado com base em suas características próprias, dentre elas, suas personalidades, anseios, prioridades, preferências, relações familiares e sociais e condições físicas, emocionais, espirituais e econômicas.

O conforto do tipo alívio foi evidenciado nos resultados referentes ao controle de sintomas e da dor (no contexto físico), além de aceitação do estado de saúde evidenciado por discurso confiante em relação ao controle da doença (no contexto psicoespiritual).

Observou-se um maior quantitativo de resultados do tipo tranquilidade, sendo este um estado de conforto mais durador e representativo de fortalecimento individual e dos relacionamentos com o entorno familiar e social. Exemplos de

resultados alcançados em nível de tranquilidade foram: o conforto físico, a melhora da locomoção, o controle do ambiente, a melhora do padrão de sono e repouso, a satisfação e motivação para a realização de atividades de vida diária e o progressivo controle dos sintomas, aquém de agudizações frequentes (no contexto físico); resultados de controle do ambiente também representaram tranquilidade no contexto ambiental; e no contexto sociocultural, foram observados a adaptação psicossocial à mudança de vida e o bem-estar do cuidador.

O resultado indicador de conforto do tipo transcendência só foi alcançado no contexto psicoespiritual, quando do bem estar pessoal de um dos participantes, caracterizado por enfrentamento positivo, autocontrole e segurança, relacionados ao manejo da doença, dos sintomas e da terapêutica.

Os resultados alcançados, advindos de intervenções/recomendações propostas, as quais foram estabelecidas conjuntamente com os participantes, visando o alcance de conforto relacionado às necessidades por eles apresentadas, foram fundamentadas no proposto por Kolcaba em sua teoria, a qual prima por instigar o enfermeiro à prática de cuidados individualizados e voltados para o conforto do sujeito cuidado.

A utilização desta teoria, além de convir aos objetivos do estudo, desperta para a importância da utilização de referenciais teóricos próprios da Enfermagem, pois estes são nascidos e desenvolvidos no âmbito desta prática e voltados para a melhoria dela. Além disso, quando enfermeiros utilizam seu *corpus* próprio de saberes, fortalecem-se a si próprios como promotores de cuidado de qualidade, e à profissão, como uma prática baseada em evidências científicas e voltada para o seu aperfeiçoamento contínuo.

Além dos referenciais teóricos, alude-se a importâncias das Classificações de diagnósticos (NANDA-I), resultados (NOC) e intervenções (NIC) de enfermagem, as quais possibilitam a utilização de uma linguagem padronizada, voltada para o exercício de cuidados clínicos de enfermagem e promotoras de uma uniformização da linguagem, que propiciam maior confiabilidade ao trabalho do enfermeiro, melhora na comunicação entre seus pares e consolidação do caráter científico da sua prática.

A despeito da utilização das classificações descritas, as quais corroboram para a convergência em um cuidado de qualidade voltado para as necessidades individuais dos participantes, acena-se que, neste estudo, a utilização destes

suportes foi dificultada pelo ainda difícil manuseio destas quando da aplicação do Processo de Enfermagem. Aponta-se como dificultador a extensão de seus teores, os quais despendem muito tempo em sua apreciação e escolha dos conteúdos pertinentes a cada necessidade do sujeito, além de dificultar sua internalização por parte dos profissionais que a utilizam, demandando sempre sua consulta. Suscita-se como proposta para solução do percalço percebido, a utilização de recursos digitais para facilitação de busca de informações nestas literaturas.

Aponta-se como limitações do estudo a dificuldade do trabalho do enfermeiro no âmbito domiciliar, sendo ainda incipiente pesquisas neste cenário. Ressalta-se que adentrar no domicílio dos pacientes requer do enfermeiro habilidades de comunicação e empatia, a despeito de autoritarismo e gerenciamento, estas últimas bem presentes da formação e rotina de trabalho do enfermeiro. A despeito disto, há que se considerar que o domicílio é o local onde as individualidades e particularidades do sujeito são melhor observadas, pois neste local estão presentes sua rotina, seus relacionamentos e sua hierarquia familiar, devendo estas serem respeitadas e manejadas com delicadeza para o alcance de uma relação terapêutica efetiva.

Apesar da dificuldade apontada, os alcances relacionados ao conforto proporcionado aos participantes do estudo, individualmente, representaram mudanças importantes, sendo possibilitado, para eles, protagonismo na construção coletiva de seu plano de cuidados, e um cuidado clínico de enfermagem efetivo, promotor de conforto e qualificador do papel do enfermeiro como cuidador profissional.

REFERÊNCIAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

AZZOLIN, K. et al. Consenso de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para pacientes com insuficiência cardíaca em domicílio. **Rev. gauch. enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 4, p. 56-63, Dez. 2012.

AZZOLIN, K. O. **Efetividade da implementação das intervenções de enfermagem nos resultados esperados de pacientes com insuficiência cardíaca em cuidado domiciliar**. 2011. 254f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-

Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

BACKES, M. T. S.; ERDMANN, A. L.; BACKES, D. S. Cuidado ecológico: o significado para profissionais de um hospital geral. **Acta Paul. Enferm.**, v. 22, n. 2, p. 183-191, 2009.

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

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

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

BLUE, L.; MCMURRAY, J. How much responsibility should heart failure nurses take? **Eur. J. Heart Fail.**, v. 7, n. 3, p. 351-361, 2005.

BOCCHI, E. A. et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Atualização da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 98, n. 1, supl. 1, p. 1-33, 2012.

BOCCHI, E. A. et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 93, n. 1, supl. 1, p. 1-71, 2009.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 2001.

BOWLES, K. H.; HOLLAND, D. E.; HOROWITZ, D. A. A comparison of in-person home care, home care with telephone contact, and home care with telemonitoring for disease management. **J. Telemed. Telecare**, v. 15, p. 344-350, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59.

BRASIL. DATASUS – **Informações de saúde**. Epidemiológicos e Morbidade. 2010. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/nirs.def>>. Acesso em: 14 out. 2012.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009. Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/default.shtm>. Acesso em: 14 out. 2012.

BRITO, E. S.; RABINOVICH, E. P. A família também adocece!: mudanças secundárias à ocorrência de um acidente vascular encefálico na família. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 12, n. 27, p. 783-794, Dez. 2008.

BROTONS, C. et al. Randomized clinical trial of the effectiveness of a home-based intervention in patients with heart failure. The IC-DOM study. **Rev. esp. cardiol.**, v. 62, n. 4, p. 400-408, Apr. 2009.

CAMPOS, G. W. S. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec, Fiocruz, 2006. p. 53-92. (Saúde em debate, 170).

CARVALHO, E. C.; JESUS, C. A. C. Raciocínio clínico na formulação de diagnósticos de enfermagem para o indivíduo. In: GUEDES, M. V. C.; ARAÚJO, M. L. (Org.). **O uso do diagnóstico na prática de Enfermagem**. 2. ed. Brasília: ABEn, 1997. p. 27-38.

CARVALHO, V. O. et al. Effect of exercise training on 24-hour ambulatory blood pressure monitoring in heart failure patients. **Congest. Heart Fail.**, v. 15, n. 4, p. 176-80, Jul./Aug. 2009.

CEARÁ. **Serviço de Atendimento Domiciliar – SAD**. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA). Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes. 2008.

CHEN, J. et al. Skilled nursing facility referral and hospital readmission rates after failure or myocardial infarction. **Am. j. med.**, v.125, n.1, p. 100-109, Jan. 2012.

CHESS, D. J.; STANLEY, W. C. Role of diet and fuel overabundance in development and progression of heart failure. **Cardiovasc Res.**, v. 79, n. 2, p. 269-278, Jul. 2008.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução nº 358**, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília: CONFEN, 2009. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 19 out. 2012.

COLLIÈRE, M. F. **Promover a vida**: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Tradução Maria Leonor Braga Abecasis. Lisboa: Lidel, 1999. (Edições técnicas).

CORRÊA, L. et al. Research and nursing care of clients with congestive heart failure: an exploratory study. **Online Braz. J. Nurs.**, Niterói, v.5, n.3, p. , Dec. 2006.

COWIE, M. R. The epidemiology of heart failure – An epidemic in progress. In: BOCCHI, E. A. et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 93, n. 1, supl. 1, p. 1-71, 2009.

CRIVARO, E. T.; ALMEIDA, I. S.; SOUZA, I. E. O. O cuidar humano: articulando a produção acadêmica de enfermagem ao cuidado e ao cuidador. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 248-254, Abr./Jun. 2007.

CROSSETTI, M. G. O. et al. Pensamento crítico e raciocínio diagnóstico. In: SILVA, E. R. R.; LUCENA, A. F. **Diagnósticos de enfermagem com base em sinais e sintomas**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 19-31.

DANTAS, F. M. S. **A relação entre os factores sócio-demográficos e o nível de conforto da mulher com cancro da mama em tratamento com quimioterapia**. 2010. 121f. Tese (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, 2010.

DANTAS, R. A. S.; SAWADA, N. O.; MALERBO, M. B. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do Estado de São Paulo. **Rev. latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 532-538, Ago. 2003.

DAVIDSON, P. et al. Activities of home-based heart failure nurse specialists: a modified narrative analysis. **Am. J. Crit. Care**, v. 14, n. 5, p. 426-433, Sep. 2005.

DOCHTERMA, J. M.; BULECHEK, G. M. **Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)**. Tradução Regina Machado Garcez. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 988 p.

DOENGES, M. E.; MOORHOUSE, M. F. **Application of nursing process and nursing diagnosis: an interactive text for diagnostic reasoning**. 6. ed. Philadelphia: F.A. Davis Company, 2008.

DOENGES, M. E.; MOORHOUSE, M. F.; MURR, A. C. **Diagnósticos de enfermagem: intervenções, prioridades, fundamentos**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. 952 p.

DOMINGUES, F. B. et al. Educação e monitorização por telefone de pacientes com insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 96, n. 3, p. 233-239, Mar. 2011.

DU GAS, B. W. Enfermagem prática. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1988. 600 p.

FEIJÓ, M. K. E. F. **Adaptação transcultural, validação de face e de conteúdo e aplicabilidade clínica do Diuretic Treatment Algorithm para o Brasil**. 2012. 102f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

FERNANDES, M. G. M.; GARCIA, T. R. Atributos da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 818-824, Dez. 2009.

FERREIRA, J. M.; CANAVEZ, M. F. In-home care: a reflexive study. **R. pes.: cuid. fundam. online**, v. 2, n. 2, p. 817-825, Apr./Jun. 2010.

FIGUEIREDO, R. M. et al. Caracterização da produção do conhecimento sobre sistematização da assistência de enfermagem no Brasil. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 299-303, Jun. 2006.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 405 p.

FRANCO, M. C.; JORGE, M. S. B. Sofrimento do familiar frente à hospitalização In: ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S. (Org.). **O viver em família e a interface com a saúde e a doença**. 2. ed. Maringá: Uem, 2004. p. 169-181.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Atenção Domiciliar na Saúde Suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva. **Cienc. saude colet.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1511-1520, Out. 2008.

FRASURE-SMITH, N. et al. Atrial Fibrillation and Congestive Heart Failure Investigators. Elevated depression symptoms predict long-term cardiovascular mortality in patients with atrial fibrillation and heart failure. **Circulation**, v. 120, n. 2, p. 134-140. Jul. 2009.

FURTADO, A. M. et al. Cuidar permanência: enfermagem 24 horas, nossa maneira de cuidar. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 6, p. 1071-1076, Nov./Dez. 2010.

FURUYA, R. K. et al. Sistemas de classificação de enfermagem e sua aplicação na assistência: revisão integrativa de literatura. **Rev. gauch. enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 167-175, Mar. 2011.

GALLAGHER, S.; PHILLIPS, A. C.; CARROLL, D. Parental stress is associated with poor sleep quality in parents caring for children with developmental disabilities. **J. Pediatr. Psychol.**, v. 35, n. 7, p. 728-737, Aug. 2010.

GARCIA et al. Setores de cuidado à saúde e sua inter-relação na assistência domiciliar ao doente crônico. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 270-276, Jun. 2012.

GAUI, E. M.; KLEIN, C. H.; OLIVEIRA, G. M. Mortalidade por Insuficiência Cardíaca: análise ampliada e tendência temporal em três estados do Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 94, n. 1, p. 55-61. Jan. 2010.

GENET, N. et al. Home care in Europe: a systematic literature review. **BMC Health Serv. Res.**, v. 11, n. 207, p. 1-14, Aug. 2011. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/207>>. Acesso em: 14 out. 2012.

GÓMEZ, N. E. Z. La experiencia de sufrir una insuficiencia cardiaca crónica. Un padecimiento que acerca a la muerte. **Invest. educ. enferm.**, v. 29, n. 3, p. 419-426. Nov. 2011.

GORDON, M. **Manual of nursing diagnosis**. St. Louis: Mosby. 1998.

GUEVARA, S. L. R.; ESTUPIÑAN, J. P. S.; DÍAZ, L. J. R. Eficacia de las intervenciones de enfermería mediante un programa para el cuidado em el hogar. **Rev. Cubana Enfermer.**, Ciudad de la Habana, v. 27, n. 1, p. 20-30, Mar. 2011.

GUIMARÃES, G. V. et al. Physical activity profile in heart failure patients from a Brazilian tertiary cardiology hospital. **Cardiol. J.**, v. 17, n. 2, p. 143-145, 2010.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de fisiologia médica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. cap. 22, p.272-274.

HELITO, R. A. B. et al. Qualidade de vida dos candidatos a transplante de coração. **Rev. bras. cir. cardiovasc**, São José do Rio Preto, v. 24, n. 1, p. 50-57, Jan./Mar. 2009.

HERNÁNDEZ, M. L. G. et al. Construcción emergente del concepto: cuidado profesional de enfermería. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 20 (Esp), p. 74-80, 2011.

HOSPITAL DE MESSEJANA. **Institucional**. Disponível em: <http://www.hm.ce.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=189&Itemid=292>. Acesso em: 22 nov. 2011.

HUFFMAN, J. C. et al. Anxiety, independent of depressive symptoms, is associated with in-hospital cardiac complications after acute myocardial infarction. **J. psychosom. res.**, v. 65, n. 6, p. 557-563. Dec. 2008.

IRAÚRGUI, B. A. E. et al. Randomized controlled clinical Trial of a home care unit intervention to reduce readmission and death rates in patients discharged from hospital following admission for heart failure. **Rev. esp. cardiol.**, v. 60, n. 9, p. 914-922, Sep. 2007.

JOHNSON, M. et al. **Ligações entre NANDA, NIC e NOC**: diagnósticos, resultados e interações de enfermagem. Tradução Regina Machado Garcez. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 704 p.

JORGE, A. J. L. et al. Estudo da Prevalência de Insuficiência Cardíaca em Indivíduos Cadastrados no Programa Médico de Família - Niterói. Estudo Digitalis: desenho e método. **Rev. Bras. Cardiol.**, v. 24, n. 5, p. 320-325, Set./Out. 2011.

JUNGES, J. R. et al. Processos de trabalho no Programa Saúde da Família: atravessamentos e transversalidades. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 937-944, Dez. 2009.

KING, I.; TALENTO, B. J. W. In: GEORGE, J. B.; et al. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. Tradução de Ana Maria Vasconcellos Thorell. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

KOLCABA, K. **Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research**. New York: Springer publishing company, Inc., 2003. 264p.

KOLCABA, K. **The comfort line**. 2012. Disponível em:
<<http://www.thecomfortline.com/>>. Acesso em: 16 set. 2012.

KOLCABA, K. Y.; KOLCABA, R. J. An analysis of the concept of comfort. **J. adv. nurs.**, v. 16, n. 11, p. 1301-1310, Nov. 1991.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 297p.

LINDENFELD, J. et al. Executive Summary: HFSA 2010 Comprehensive Heart Failure Practice Guideline. **J. Card. Fail.**, v. 16, n. 6, p. 475-453, Jun. 2010.

LOPES, C. R.; GRAVETO, J. M. G. N. Comunicação de notícias: receios em quem transmite e mudanças nos que recebem. **Reme, Rev. Min. Enferm.**, v. 14, n. 2, p. 257-263, Abr./Jun. 2010.

LOPES, W. O.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. **Cienc. Cuid. Saude**, v. 7, n. 2, p. 241-247, Abr./Jun. 2008.

LOURES, V. A. et al. Aspectos clínicos e epidemiológicos da insuficiência cardíaca. **HU rev.**, Juiz de Fora, v. 35, n. 2, p. 89-96, Abr./Jun. 2009.

LUCENA, A. F.; ALMEIDA, M. A. Classificações de enfermagem NANDA-I, NIC e NOC no processo de enfermagem. In: RABELO, E. R.; LUCENA, A. F. (Col.). **Diagnósticos de enfermagem com base em sinais e sintomas**. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 35-53.

MAIA, A. R. et al. Princípios do cuidar. In: **O processo de cuidar, ensinar e aprender o fenômeno das drogas: A redução da demanda**. Módulo 04. Curso de Especialização no Fenômeno das Drogas. Florianópolis: UFSC - Departamento de Enfermagem, 2003.

MANGINI, S. et al. Insuficiência cardíaca descompensada na unidade de emergência de hospital especializado em cardiologia. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 90, n. 6, p. 433-440, Jun. 2008.

MARGOTO, G.; COLOMBO, R. C. R.; GALLANI, M. C. B. J. Clinical and psychosocial features of heart failure patients admitted for clinical decompensation. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 44-53, Mar. 2009.

MARQUES, A. K. M. C. et al. Apoio social na experiência do familiar cuidador. **Cienc. saude colet.**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 945-955, 2011.

MARRINER, A.; RAILE, M. A. **Modelos y teorías en enfermería**. 7. ed. Barcelona: Elsevier Mosby, 2011.

MARTINS, A. A. et al. A produção do cuidado no Programa de Atenção Domiciliar de uma Cooperativa Médica. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 457-474, 2009.

MARTINS, J. J. et al. O cuidado no contexto domiciliar: o discurso de idosos/familiares e profissionais. **Rev. enferm. UERJ.**, v. 17, n. 4, p. 556-62, Out./Dez, 2009.

MASOUDI, F. A.; INZUCCHI, S.E. Diabetes mellitus and heart failure: epidemiology, mechanisms, and pharmacotherapy. **Am. J. Cardiol.**, v. 99, n. 4, p.:113-132, Feb. 2007.

MATUMOTO, S. et al. Nurses' clinical practice in primary care: a process under construction. **Rev. latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 123-130, Feb. 2011.

MAYA, A. M. S. Tendencias internacionales del cuidado de Enfermería. **Invest. educ. enferm.**, v. 29, n. 2, p. 294-304, Jul. 2011.

MCALISTER, F. A. et al. Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission: a systematic review of randomized trials. **J. Am. Coll. Cardiol.**, v. 44, n. 4, p. 810-819, Aug. 2004.

MCEWEM, M.; WILLS, E. **Bases teóricas para enfermagem**. Tradução Ana Maria Thorell. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 576 p.

MELEIS, A. **Theoretical nursing**: development and progress. 5. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2012. 672 p.

MILANI, R. V. et al. Impact of exercise training and depression on survival in heart failure due to coronary heart disease. **Am. J. Cardiol.**, v. 107, n. 1, p. 64-68, Jan. 2011.

MOORHEAD, S. et al. **Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)**. Tradução Marta Avena. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 880 p.

MOORHEAD, S. et al. **Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)**. 4. ed. São Paulo: Elsevier, 2010. 906 p.

MORAIS, G. S. N. et al. Communication as a basic instrument in providing humanized nursing care for the hospitalized patient. **Acta Paul. Enferm.**, v. 22, n. 3, p. 323-327, Maio/Jun. 2009.

MÜLLER-STAU, M. et al. Testing the Q-DIO as an instrument to measure the documented quality of nursing diagnoses, interventions, ad outcomes. **Int. J. Nurs. Terminol. Cassif.**, v. 19, n. 1, p. 20-27, Jan./Mar. 2008.

MUSSI, C. M. et al. Visita domiciliar melhora conhecimento, autocuidado e adesão na insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado HELEN-I. **Rev. latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. spe, p. 20-28, Fev. 2013.

NANDA Internacional. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014**. Tradução Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2013. 606p.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é**. Loures: Lusociência, 2005. 201 p. (Edições Técnicas e Científicas).

OLIVEIRA, D. P. R. **Sistemas, organização e métodos: uma abordagem gerencial**. 20. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

OLIVEIRA, S. G. et al. Internação domiciliar do paciente terminal: o olhar do cuidador familiar. **Rev. gauch. enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 3, p. 104-110, Set. 2012.

OLIVEIRA, S. K. P. et al. Práticas de autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca. **Rev. cienc. med.**, Campinas, v. 22, n. 1, p. 23-30, Jan./Abr. 2013.

OLIVEIRA, T. C. T.; CORREIA, D. M. S.; CAVALCANTI, A. C. D. O impacto da insuficiência cardíaca no cotidiano: percepção do paciente em acompanhamento ambulatorial. **Rev. enferm. UFPE**, v. 7, n. 6, p. 4497-4504, Jun. 2013.

OMS - Organização Mundial de Saúde. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial**. Brasília, 2003.

PASKULIN, L. M. G.; DIAS, V. R. F. G. Como é ser cuidado em casa: as percepções dos clientes. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 55, n. 2, p. 140-145, Mar./Abr. 2002.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. Clínica e biopolítica na experiência do contemporâneo. **Psicologia Clínica Pós-Graduação e Pesquisa (PUC/RJ)**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 89-99, 2001.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da cartografia: pesquisa intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2010. 207 p.

PAULON, S. M. A análise de implicação como ferramenta na pesquisa-intervenção. **Psicol. soc.**, v. 17, n. 3, p. 18-25, Set./Dez. 2005.

PEREIRA, E. G. A.; COSTA, M. A. M. Os centros de saúde em Portugal e o cuidado ao idoso no contexto domiciliário: Estudo de um centro de saúde. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 408-416, Set. 2007.

PERSUT, D. J.; HERMAN, J. **Clinical reasoning – The art and science of critical and creative thinking**. Albany: Delmar Publisher, 1999.

PIEPOLI, M. F. et al. Exercise training in heart failure: from theory to practice: a consensus document of the Heart Failure Association and the European Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. **Eur. J. Heart Fail.**, v. 13, n. 4, p. 347-357, 2011.

PINTO, M. F. et al. Qualidade de vida de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 5, p. 652-257, Out. 2009.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PONTE, K. M. A. **Tecnologias do cuidado clínico de enfermagem para o conforto de mulheres com infarto agudo do miocárdio**. 2011. 177f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos e Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2011.

POTT, F. S. et al. Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. 2, p. 174-179, Abr. 2013.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Grande tratado de enfermagem clínica e prática hospitalar**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

PRADEBON, V. M. et al. Complexity theory in the daily experience of the nurse manager. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 13-22, 2011.

QUERIDO, A.; SALAZAR, H.; NETO, I. G. Comunicação. In: BARBOSA, A.; NETO, I. G. **Manual de Cuidados Paliativos**. 2. ed. Faculdade de Medicina de Lisboa, Centro de Bioética, Núcleo de Cuidados Paliativos: Lisboa, 2010. p. 595-659.

RABELO, A. C. S. et al. Experiences of mothers of children living with cardiopathies: a care research study. **Online Braz. J. Nurs.**, v. 11, n. 3, p. 683-700, Dec. 2012.

REDEKER, N. S. Somatic symptoms explain differences in psychological distress in heart failure patients vs a comparison group. **Prog. Cardiovasc. Nurs.**, v. 21, n. 4, p. 182-189, 2006.

REZA, C. G. **O cotidiano do hipertenso na perspectiva do Modelo de Campo de Saúde de Lalonde**. 2007. 138f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental, Departamento de Enfermagem Geral e Especializada, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2007.

RIEGEL, B. et al. State of the science: promoting self-care in person with heart failure: a scientific statement from the American Heart Association. **Circulation**, v. 120, n. 12, p. 1141-1163, Sep. 2009.

RISNER, P. B. Diagnosis: analysis and synthesis of date. In: CHRISTENSEN, P. J.; KENNEY, J. W. **Nursing process**: application of conceptual models. 3. ed. St. Louis: Mosby, 1990. cap. 7, p. 132-157.

ROCHA, L. A.; SILVA, L. F. Adaptação psicossocial de pessoas portadoras de insuficiência cardíaca: diagnósticos e intervenções de enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 11, n. 3, p. 484-493, 2009.

ROCHA, M. L. Psicologia e as práticas institucionais: a pesquisa-intervenção em movimento. **Psico**, v. 37, n. 2, p. 169-174, Maio/Ago. 2006.

ROCHA, R. M. et al. Correlação entre o teste de caminhada de 6 minutos e as variáveis do teste ergométrico em pacientes com insuficiência cardíaca: estudo piloto. **Rev. SOCERJ**, v. 19, n. 6, p.:482-486, Nov./Dez. 2006.

RODRÍGUEZ-GÁZQUEZ, M. A.; ARREDONDO-HOLGUÍN, E.; HERRERA-CORTÉS, R. Efetividade de um programa educativo em enfermagem no autocuidado em pacientes com insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado. **Rev. latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 2, p. 296-306, Abr. 2012.

ROGER, V. L. et al; Heart disease and stroke statistics—2012 update: a report from the American Heart Association. **Circulation**, v. 125, n. 1, p. 2-220, Jan. 2012.

ROJAS-SÁNCHEZ, O. A. et al. Eficacia de las intervenciones de enfermería para el diagnóstico “manejo inefectivo del régimen terapéutico”. **Enferm. clin.**, v. 19, n. 6, p. 299-305, Dic. 2009.

ROSA, L. M. et al. As faces do conforto: visão de enfermeiras e pacientes com câncer. **Rev. enferm. UERJ**, v.16, n.3, p. 410-414, Jul./Set. 2008.

RUTHERFORD, M. A. Standardized Nursing Language: What does it mean for nursing practice? **Online J. Issues Nurs.**, v. 13, n. 1, p. 1-10, Jan. 2008.

SANTOS, E. M.; KIRSCHBAUM, D. I. R. A trajetória histórica da visita domiciliar no Brasil: uma revisão bibliográfica. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 10, n. 1, p. 220-227, 2008.

SAUER, J. et al. Nurses' performance in classifying heart failure patients based on physical exam: comparison with cardiologist's physical exam and levels of N-terminal pro-B-type natriuretic peptide. **J. Clin. Nurs.**, v. 19, n. 23-24, p. 3381-3389, Dec. 2010.

SCHAURICH, D.; CROSSETTI, M.G.O. O elemento dialógico no cuidado de enfermagem: Um ensaio com base em Martin Buber. **Esc. Anna Nery**, v. 12, n. 3, p. 544-548, Set. 2008.

SCHMIDT, M. I. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, Jun. 2011.

SCHNEIDER, J. S.; SLOWIC, L. H. The use of the Nursing Interventions Classification (NIC) with cardiac patients receiving home health care. **Int. J. Nurs. Terminol. Classif.**, v. 20, n. 3, p. 132-140, Jul./Sep. 2009.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, Abr. 2004.

SHIMIZU Y. et al. The effects of depression on the course of functional limitations in patients with chronic heart failure. **J. Card. Fail.**, v. 17, n. 6, p. 503-510, Jun. 2011.

SILVA, C. R. L.; CARVALHO, V.; FIGUEIREDO, N. M. A. Predicações de conforto na perspectiva de clientes e de enfermeiros. **Cogitare enferm.**, v. 16, n. 1, p. 49-55, Jan./Mar. 2011.

SILVA, F. V. F. et al. Cuidado de enfermagem a pessoas com hipertensão fundamentado na teoria de Parse. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 111-119, Mar. 2013.

SILVA, F. V. F. et al. Diagnósticos Comportamentais de Enfermagem em Pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio. In: Semana Universitária - Ciência para a Humanidade, 15., 2010, Fortaleza. **Anais...** Fortaleza: UECE, 2010.

SILVA, F. V. F. et al. Tecnologias do cuidado clínico prestado pela equipe de enfermagem a mulheres coronariopatas: foco na Teoria do Conforto de Kolcaba. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 64., 2012, Porto Alegre. **Anais...** Porto Alegre: ABEn-seção Rio Grande do Sul, 2012. 1 CD-ROM.

SILVA, K. L. et al. Home care in the Brazilian National Health System (SUS). **Rev. Saude Publica**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 391-7, Jun. 2005.

SILVA, K. L. et al. Serviços de atenção domiciliar na saúde suplementar e a inserção da enfermagem em Belo Horizonte/MG. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 408-14, 2012a.

SILVA, K. S.; KRUSE, M. H. L. As sementes dos cuidados paliativos: ordem do discurso de enfermeiras. **Rev. gauch. enferm.**, Porto Alegre, v. 30, n. 2, p. 183-189, Jun. 2009.

SILVA, L. F. et al. Cuidado a mulheres portadoras de cardiopatias: o conforto como conceito vivido na prática de enfermagem. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 63., 2011, Maceió. **Anais...** Maceió: ABEn-seção Alagoas, 2011. 1 CD-ROM.

SILVA, L. F. et al. Metas Grupais e Adesão ao Controle da Hipertensão Arterial: Contribuição da Teoria de Imogene King. **RETEP - Rev. Tenden. Enferm. Profis.**, v. 5, n. 1, p. 829-833, 2013a.

SILVEIRA, L. M. C.; RIBEIRO, V. M. B. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de "ensinagem" para profissionais de saúde e pacientes. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 91-104, Fev. 2005.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SOARES, D. A. et al. Qualidade de vida de portadores de insuficiência cardíaca. **Acta Paul. Enferm.**, v. 21, n. 2, p. 243-248, 2008.

SOUSA, L. D. et al. A produção científica de enfermagem acerca da clínica: uma revisão integrativa. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 494-500, Abr. 2011.

SOUZA, M. L. et al. O cuidado em Enfermagem: uma aproximação teórica. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 266-70, Jun. 2005.

TANNER, C. A. Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing. **J. Nurs. Educ.**, v. 45, n. 6, p. 204-211, Jun. 2006.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ/CMACCLIS. **Regimento do Programa de Pós Graduação em Cuidados Clínicos da UECE**. Fortaleza, 2011. (mimeo)

VAN DER WAL, M. H.; JAARSMA, T.; VAN VELDHUISEN, D. J. Noncompliance in patients with heart failure: how can we manage it? **Eur. J. Heart Fail.**, v. 7, n. 1, p. 5-17, Jan. 2005.

VECCHIA, R. D. et al. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 246-252, Set. 2005.

VIEIRA, A. N.; SILVEIRA, L. C. O cuidado e a clínica na formação do enfermeiro: saberes, práticas e modos de subjetivação. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 776-783, Dez. 2011.

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

WATSON, J. **Nursing: the philosophy and science of caring**. Revised & Updated Edition. Boulder: University Press of Colorado, 2008.

WILKINSON, J. M. **Nursing process and critical thinking**. 5. ed. Upper Sanddle River: Pearson Education, Inc., 2012.

WHOQOL (The World Health Organization Quality of Life assessment): position paper from the World Health Organization. **Soc. Sci. Med.**, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995.

YURA, H. P.; WALSH, M. B. **The nursing process**. Norwalk: Appleton-Century-Croft, 1967.

APÊNDICES

APÊNDICE A
FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CONDIÇÕES DO
DOMICÍLIO

FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO
Nº de identificação: _____
<u>Dados de identificação</u>
<p>Idade: _____ anos (Data de nascimento ___/___/___) Sexo: ()M ()F Cor: () Preta () Branca () Parda () Oriental () Indígena Estado civil: () Solteiro () Casado / União estável () Viúvo () Separado Filhos: _____ Naturalidade / Nacionalidade: _____</p> <p>Endereço: _____ Telefone: () _____ - _____ / () _____ - _____</p> <p>Exerce atividade profissional: () Não () Sim _____ Grau de instrução: () Analfabeto () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau () Pós-Grad. Religião: () Católico () Evangélico () Espírita () Outra _____</p>
<u>Dados sociodemográficos</u>
<p>Renda familiar: _____ Quem contribui com a renda: () Paciente () Cônjuge () Filho(s) () Outros</p>
<u>Condições do domicílio</u>
<p>() Próprio () Alugado () Cedido () Mora com parentes ou amigos Material: () Alvenaria () Madeira () Barro () Outro _____ Número de pessoas que residem no domicílio: _____ Quem são: () Esposa(o) () Filhos _____ () Outros familiares/pessoas _____ Cômodos: _____ Saneamento básico: () Sim () Não Água encanada: () Sim () Não Eletricidade: () Sim () Não</p>

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos convidando a V. Sa. a participar da pesquisa intitulada **PROCESSO DE ENFERMAGEM NO CUIDADO CLÍNICO DE CONFORTO NO DOMICÍLIO PARA PESSOAS COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA** de autoria de FABÍOLA VLÁDIA FREIRE DA SILVA, sob a orientação da Pesquisadora PROFA. DRA. LÚCIA DE FÁTIMA DA SILVA. Esta pesquisa tem por objetivo descrever a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) a pessoas com insuficiência cardíaca em acompanhamento domiciliar, com vistas ao conforto, fundamentada na Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba.

O (a) senhor (a) terá plena liberdade para aceitar ou não o convite para participar, assim como, a qualquer momento o(a) senhor(a) poderá desistir e cancelar seu consentimento sem nenhum prejuízo moral, físico ou social. Sua recusa não trará nenhum prejuízo para a sua relação com a pesquisadora e nem prejuízo para atendimentos neste serviço. Sua participação será através de respostas a um formulário de caracterização sociodemográfica, a uma escala com perguntas sobre seu estado de conforto, a entrevistas e na consulta de enfermagem, permitindo que a pesquisadora examine seu corpo. Também conversaremos sobre seu tratamento. Sua participação não é obrigatória.

Os riscos do estudo serão mínimos e se ocorrer algum desconforto ou mal estar a pesquisadora estará atenta para minimizá-lo ou resolvê-lo. Quanto aos benefícios garantimos que o estudo contribuirá para que a Enfermagem possa ajudar o paciente com insuficiência cardíaca a vencer as barreiras impostas pela doença por meio de uma melhor assistência de enfermagem, possibilitando melhoria do conforto no ambiente domiciliar.

Sua privacidade e a proteção de sua imagem estarão garantidas e sempre que as informações prestadas forem utilizadas, será mantido sigilo de sua identidade. Sua participação é voluntária, portanto, o(a) senhor(a) não receberá remuneração, assim como não terá nenhum gasto com o estudo.

Mais uma vez, garantimos manter em sigilo sua identidade e as informações prestadas serão utilizadas exclusivamente para os fins deste estudo. Os resultados serão enviados ao Programa de Acompanhamento Domiciliar (PAD) como subsídio para a melhoria da prestação de serviço e posteriormente será publicado em revistas científicas e apresentado em eventos científicos da área.

Para esclarecer quaisquer dúvidas sobre esta pesquisa, favor se comunicar com a pesquisadora responsável Fabíola Vlândia Freire da Silva pelo telefone: 9613.6938 ou na Avenida Carapinima, 1561 - Benfica ou ainda, comunicar-se com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, sito Av Paranjana, 1700 – Campus do Itaperi, telefone 3101. 9890.

Este Termo será preenchido e assinado em duas vias sendo uma para o(a) senhor(a) e a outra para arquivamento pela pesquisadora.

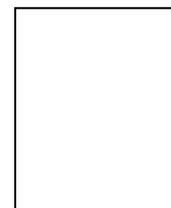
Fabíola Vlândia Freire da Silva
Enfermeira - Pesquisadora

Eu, _____, declaro que depois de ser esclarecido pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, como será minha participação, os objetivos e as garantias éticas, concordo em participar voluntariamente da pesquisa.

Fortaleza, _____ de _____ de _____

Fabíola Vlândia Freire da Silva

Assinatura ou Digital do Pesquisado



APÊNDICE C
ROTEIRO DE ENTREVISTA

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Percepção de conforto

- Descreva para mim como é para você se sentir confortável?

- O que poderia ser feito para você se sentir confortável no domicílio?

- Relate o que lhe causa incômodo?

APÊNDICE D

ESCALA DE CONFORTO

ESCALA DE CONFORTO																																									
Escala adaptada da construída por M. Gameiro e J. Apóstolo, segundo o modelo operacional do “conforto” desenvolvido por Kolcaba (1991 a 2002).																																									
Abaixo encontra-se algumas informações que podem corresponder à situação de conforto/desconforto do sujeito.																																									
Legenda para o preenchimento do formulário:																																									
1 – Não corresponde nada ao que se passa comigo / é totalmente falso																																									
2 – Corresponde pouco ao que se passa comigo																																									
3 – Corresponde bastante ao que se passa comigo																																									
4 – Corresponde muito ao que se passa comigo																																									
5 – Corresponde totalmente ao que se passa comigo / é totalmente verdadeiro																																									
Psi_AL	1 – Sei que meu mal-estar é passageiro	1	2	3	4	5																																			
Soc_AL	2 – O afeto das pessoas que me rodeiam reconforta-me	1	2	3	4	5																																			
Fis_TQ	3 – Sou capaz de dormir e descansar	1	2	3	4	5																																			
Psi_TR	4 – Não tenho vontade de fazer nada	1	2	3	4	5																																			
Soc_TQ	5 – Se precisar de ajuda tenho quem cuide de mim	1	2	3	4	5																																			
Amb_TQ	6 – Os barulhos perturbam-me	1	2	3	4	5																																			
Fis_TR	7 – Evito sair de casa devido às alterações do meu aspecto físico	1	2	3	4	5																																			
Psi_TR	8 – Sou capaz de pensar no sucesso do meu trabalho	1	2	3	4	5																																			
Soc_TR	9 – A minha família/amigos ajudam-me a enfrentar a doença	1	2	3	4	5																																			
Psi_AL	10 – A minha situação me deixa triste	1	2	3	4	5																																			
Soc_TQ	11 – As visitas das pessoas amigas dão-me prazer	1	2	3	4	5																																			
Fis_TR	12 – Sinto-me capaz de continuar com as minhas tarefas domésticas	1	2	3	4	5																																			
Fis_TR	13 – Mantenho o meu apetite	1	2	3	4	5																																			
Psi_TQ	14 – As alterações que tenho vivido deixam-me receoso	1	2	3	4	5																																			
Psi_AL	15 – Sinto-me deprimido	1	2	3	4	5																																			
Amb_TQ	16 – O ambiente em casa não me ajuda a sentir-me melhor	1	2	3	4	5																																			
Psi_TR	17 – Sinto-me capaz de superar o meu atual problema de saúde	1	2	3	4	5																																			
Soc_TR	18 – Saber que sou amado dá-me força para continuar	1	2	3	4	5																																			
Fis_AL	19 – Sinto uma má disposição física que me impede de descansar	1	2	3	4	5																																			
Soc_TQ	20 – Ninguém me compreende verdadeiramente	1	2	3	4	5																																			
Soc_AL	21 – Não fui suficientemente informado sobre o meu tratamento	1	2	3	4	5																																			
Soc_AL	22 – Sinto-me dependente dos outros	1	2	3	4	5																																			
Psi_TQ	23 – Sinto que a minha situação está sob controle	1	2	3	4	5																																			
Soc_TR	24 – O estado de espírito das pessoas que me rodeiam dá-me alento	1	2	3	4	5																																			
Amb_AL	25 – Até a luz normal me incomoda	1	2	3	4	5																																			
Psi_TQ	26 – Tenho medo do que possa me acontecer a seguir	1	2	3	4	5																																			
Amb_TQ	27 – O ambiente em casa é agradável	1	2	3	4	5																																			
Fis_TQ	28 – Sinto o meu corpo relaxado	1	2	3	4	5																																			
Fis_AL	29 – Neste momento já me sinto com energia e vigor físico	1	2	3	4	5																																			
Fis_TQ	30 – Sinto-me fisicamente bem	1	2	3	4	5																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Tipo de conforto</th> <th>Alívio</th> <th>Pontuação máxima</th> <th>Tranquilidade</th> <th>Pontuação máxima</th> <th>Transcendência</th> <th>Pontuação máxima</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Físico</td> <td>19*, 29</td> <td>10</td> <td>3, 28, 30</td> <td>15</td> <td>7*, 12, 13</td> <td>15</td> </tr> <tr> <td>Psicoespiritual</td> <td>1, 10*, 15*</td> <td>15</td> <td>14*, 23, 26*</td> <td>15</td> <td>4*, 8, 17</td> <td>15</td> </tr> <tr> <td>Ambiental</td> <td>25*</td> <td>5</td> <td>6*, 16*, 27</td> <td>15</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Sociocultural</td> <td>2, 21*, 22*</td> <td>15</td> <td>5, 11, 20*</td> <td>15</td> <td>9, 18, 24</td> <td>15</td> </tr> </tbody> </table>							Tipo de conforto	Alívio	Pontuação máxima	Tranquilidade	Pontuação máxima	Transcendência	Pontuação máxima	Físico	19*, 29	10	3, 28, 30	15	7*, 12, 13	15	Psicoespiritual	1, 10*, 15*	15	14*, 23, 26*	15	4*, 8, 17	15	Ambiental	25*	5	6*, 16*, 27	15	-	-	Sociocultural	2, 21*, 22*	15	5, 11, 20*	15	9, 18, 24	15
Tipo de conforto	Alívio	Pontuação máxima	Tranquilidade	Pontuação máxima	Transcendência	Pontuação máxima																																			
Físico	19*, 29	10	3, 28, 30	15	7*, 12, 13	15																																			
Psicoespiritual	1, 10*, 15*	15	14*, 23, 26*	15	4*, 8, 17	15																																			
Ambiental	25*	5	6*, 16*, 27	15	-	-																																			
Sociocultural	2, 21*, 22*	15	5, 11, 20*	15	9, 18, 24	15																																			
* Itens negativos (questões com sentenças negativas terão seus escores contabilizados de forma invertida).																																									

APÊNDICE E
PROCESSO DE ENFERMAGEM
(Fundamentada na Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba)

1ª FASE: LEVANTAMENTO DE DADOS (ANAMNESE E EXAME FÍSICO)

ROTEIRO DE ANAMNESE
<u>Histórico de saúde</u>
<p>Alergias: () Não () Sim _____</p> <p>Hábitos: () Álcool _____ / () Fumo _____</p> <p>Exercícios físicos: () Não () Sim, com que frequência _____</p> <p>_____</p>
<u>História da doença atual</u>
<p>Tempo de doença: _____ Início: ____/____/____</p> <p>Tempo de tratamento: _____</p> <p>Queixa principal: _____</p> <p>Fatores que piora: () Temperatura () Atividade () Medicamentos () Ficar em pé () Estresse () Cansaço () Horário () Outros _____</p> <p>Doenças Associadas: () HAS () Diabetes () Outra _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Hospitalizações: () 0 () 1-5 () 6-10 () Mais de 10</p> <p>Procedimento cirúrgico: () Não () Sim _____</p> <p>_____</p> <p>Medicação em uso: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

ROTEIRO DE EXAME FÍSICO Data da realização (___/___/___)	
<u>Sinais Vitais / Dados antropométricos</u>	
PA: _____ mmHg	FR: _____ mrpm
FC: _____ bpm	T.axilar: _____ °C
Peso: _____ Kg _____ g	Altura: _____ m _____ cm
IMC: _____ Kg/m ²	
<u>Estado Geral</u>	
Estado Geral: () bom (EGB), () regular (EGR), () grave	
Nível de consciência: () orientação no tempo e espaço, () desorientado, () confuso, () sonolento, () inconsciente	
Humor: () calmo () agitado () irritado () não cooperativo () melancólico () afeto embotado () depressão () despersonalização () ansiedade () medo () raiva () afeto inapropriado	
Sono: () diurno () noturno () tranquilo () utiliza recursos () insatisfatório	
Estado de nutrição: () desnutrido, () eutrófico, () obeso	
Estado de hidratação: () hidratado, () desidratado (1+ 2+ 3+ 4+)	
Edema: () Não () Sim _____	
Pele: () Íntegra () Lesão _____	
Dieta: () Com restrições () Sem restrições	
<u>Sistema Locomotor</u>	
Marcha: () Normal () Precisa de auxílio () Não deambula	
Decúbito preferencial: () Dorsal () Ventral () Lateral E. () Lateral D.	
<u>Sistema Respiratório/ Cardiovascular</u>	
Dispneia: () Não () Sim	
Dor torácica: () Não () Sim, desencadeada por: () repouso () emoção () atividade: _____	
Pulso: () 4 + muito forte () 3+ aumentado () 2+ normal () 1+ fraco () 0-ausente	
Alteração da Forma do Tórax: () Não () Sim _____	
Inspeção de jugulares: () Distendidas () Normais	
<u>Extremidades</u>	
MMSS: () rósea () cianose () Enchimento capilar lento	
MMII: () rósea () cianose () Enchimento capilar lento () Com edema, Especificar: _____	
Varizes: () Não () Sim	
TGI / TGU: Alterações: () Não () Sim _____	

APÊNDICE F
PROCESSO DE ENFERMAGEM
(Fundamentada na Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba)

2ª FASE: NECESSIDADES DE CONFORTO E DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

NECESSIDADES DE CONFORTO (Inferência diagnóstica)						
NECESSIDADES DE CONFORTO	Instrumento	Anamnese / Exame físico	Escala de conforto	Entrevista	Observação	DE
	Contexto de conforto					
NECESSIDADES DE CONFORTO	Físico					
	Ambiental					
	Sociocultural					
Psicoespiritual						

APÊNDICE G
PROCESSO DE ENFERMAGEM
(Fundamentada na Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba)

3ª e 4ª FASE: PLANEJAMENTO (RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM)

CONTEXTO DO CONFORTO (Teoria de Kolcaba)	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (NANDA-I)	FATORES RELACIONADOS (DE)	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)			INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)	RECOMENDAÇÕES AO PACIENTE - MEDIDAS DE CONFORTO	RECOMENDAÇÕES À FAMÍLIA SOBRE MEDIDAS DE CONFORTO COM PARTICIPAÇÃO NO CUIDADO DO FAMILIAR
			Alívio	Tranquilidade	Transcendência			
FÍSICA								
AMBIENTAL								
SOCIO-CULTURAL								
PSICO-ESPIRITUAL								

APÊNDICE H
PROCESSO DE ENFERMAGEM
(Fundamentada na Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba)

4ª FASE: INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

MANUAL:

“Em busca de conforto: medidas e atividades para melhora do conforto em domicílio”

Manoá

Medidas e atividades para melhora do conforto em domicílio

Em busca de CONFORTO

Elaborado por:
Fabiola Freire

Enfermeira, mestranda do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará.

Destinado a:

Manoá

Conhecendo a Insuficiência Cardíaca (IC)

■ O que é a IC?

É uma doença crônica que se caracteriza pela diminuição da força do coração. Assim, o coração não tem força suficiente para mandar a quantidade ideal de sangue para todas as partes do corpo, ocasionando vários sintomas. A IC pode ocorrer devido a diversos outros problemas de saúde, como por exemplo, um defeito na válvula aórtica.

■ Quais os principais sintomas?

Os sintomas da IC são melhor percebidos quando estamos fazendo algum esforço ou atividade física. Eles podem começar bem leves e podem se agravar com o tempo. Os sintomas mais comuns são: falta de ar (ao se exercitar ou permanecer deitado por um tempo), inchaço nos pés e tornozelos, palpitações, dificuldade para dormir, fraqueza e desmaios.

■ Qual o tratamento?

O tratamento é feito com acompanhamento da equipe de saúde e inclui: medicamentos, dieta, exercícios leves e repouso.



Conhecendo meus medicamentos

Nome	Para que serve?
AAS	Previne a formação de coágulos no sangue.
Anlodipina	Baixa a pressão arterial. Previne dor no peito (angina).
Atenolol	Baixa a pressão arterial. Previne dor no peito (angina). Controla palpitações (arritmia cardíaca).
Ácido Fólico	Previne alguns tipos de anemia.
Clonazepam	Diminui ansiedade e tristeza.
Furosemina	Aumenta a quantidade de urina, eliminando sal e água do corpo. É utilizado no tratamento de inchaços.
Glimepirida	É utilizado para o tratamento de diabetes.
Losartana	Baixa a pressão arterial e ajuda no tratamento da insuficiência cardíaca.
Metformina	É utilizado para o tratamento de diabetes.
Omeprazol	Protege o estômago.
Sulfato Ferroso	Trata a anemia causada por falta de ferro.



Seguindo o tratamento



Nome	Hora de tomar o remédio																							
	Madrugada/Manhã												Tarde/Noite											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
AAS																								
Anlodipina																								
Atenolol																								
Ácido Fólico																								
Clonazepam																								
Furosemina																								
Glimepirida																								
Losartana																								
Metformina																								
Omeprazol																								
Sulfato Ferroso																								

Melhorando o CONFORTO

■ O que é **CONFORTO**?

É uma experiência individual de sentir-se bem e fortalecido, com suas necessidades satisfeitas. É uma sensação agradável e envolve tanto o bem estar físico (do corpo), psicoespiritual (da mente e espírito), ambiental (do local que nos rodeia) e sociocultural (das pessoas próximas e dos cenários sociais dos quais fazemos parte).

■ O que são necessidades de conforto?

São necessidades identificadas por nós mesmos, por nossos familiares ou pela equipe de saúde, as quais, se satisfeitas, aumentam o nível de conforto.



Melhorando o CONFORTO

A seguir, serão apresentadas algumas necessidades de conforto que identifiquei após nossa primeira conversa. Para cada necessidade, faço sugestões de atividades / ações que podem possibilitar a melhora dos "problemas". Como expliquei na primeira visita, estas são apenas sugestões. Você não deve se sentir obrigado a cumpri-las e tem total liberdade de discutir comigo alterações nessas sugestões. Vale ressaltar que, como tivemos apenas um encontro, alguns dos problemas e das sugestões que listo a seguir, podem não representar a sua realidade de necessidades, então, fico à disposição para discussões.

Espero poder estar contribuindo de alguma forma para a melhora do seu conforto.

Obrigada!

Enfermeira Fabíola Freire

Necessidade de CONFORTO – Contexto Físico

INCHAÇO, DESIDRATAÇÃO E LESÕES NA PELE

Entenda porquê eu considerarei isto um “problema”...

Na Insuficiência Cardíaca, com o coração trabalhando com menos força, o sangue permanece mais tempo dentro dos vasos e isto facilita a saída de água destes vasos. Quando esta saída de líquidos acontece nas pernas, ocorre o inchaço. Esse inchaço tende a aumentar quando se está de pé, caminhando ou sentado. Isso porquê, nestas posições, o sangue tem maior dificuldade de retornar para o coração, permanecendo mais tempo ainda nos vasos e favorecendo maior extravasamento de líquido. Com o inchaço e o ressecamento (desidratação), a pele das pernas tende a ficar mais frágil, podendo sofrer arranhões e lesões mais facilmente. A diabetes dificulta a cicatrização, o que requer que cuidemos da pele com mais cuidado. Também vale lembrar que uma dieta bem equilibrada (sem alimentos de difícil digestão), fracionada em pequenas porções e em intervalos de 3 em 3 horas, ajudam a não sobrecarregar o coração. Pois durante a digestão, principalmente de alimentos “pesados” ou gordurosos, o coração precisa enviar muito sangue para o processo de digestão.

Necessidade de CONFORTO – Contexto Físico

INCHAÇO, DESIDRATAÇÃO E LESÕES NA PELE

SUGESTÕES DE ATIVIDADES/AÇÕES

- Se posicionar de forma a facilitar o conforto.
 - *Elevar membros para diminuir o inchaço.
 - *Evitar longos períodos na mesma posição, principalmente em pé.

- Comer refeições pequenas e fracionadas.
 - *A cada 3 horas e diminuir consumo de sal.Comendo fracionado, seu coração não precisa concentrar toda sua força para digerir o alimento, assim, você não o sobrecarrega. Além disso, comer menos sal vai diminuir o desconforto do inchaço.

- **(A sua família pode lhe ajudar nisto).** Uma massagem suave, utilizando um óleo para facilitar e com movimentos contínuos (de baixo para cima), podem diminuir o inchaço e melhorar o conforto.

- **(A sua família pode lhe ajudar nisto).** Observar a pele na busca de sinais de pressão ou irritação (vermelhidão).

Necessidade de CONFORTO – Contexto Físico

INCHAÇO, DESIDRATAÇÃO E LESÕES NA PELE

SUGESTÕES DE ATIVIDADES/AÇÕES

- **(A sua família pode lhe ajudar nisto).** Observar a pele quanto a cor, temperatura, hidratação, crescimento dos pêlos, textura e lesões (ferimentos). Notando alguma alteração, avise ao médico ou enfermeira.
- Procurar posições que evitem pressionar as lesões (tanto a região da úlcera por pressão, como qualquer outra região com ferimentos).
- Evitar o uso de lençóis com materiais de textura mais grossa, pois eles podem ferir a pele.
- Passar hidratantes ou óleos (pode ser óleo mineral, ou para corpo ou mesmo o de cozinha), pois eles previnem que o ressecamento da pele gere rachaduras ou ferimentos.

Necessidade de CONFORTO – Contexto Físico

DIFICULDADE DE LOCOMOÇÃO

Entenda porquê eu considere isto um “problema”...

O inchaço na perna, além de causar desconforto e dor, também dificulta o movimento de caminhar. Contudo, é importante que você se mantenha ativo, pois ficar sempre sentado ou deitado também ajuda a aumentar o inchaço. Para que você se mantenha ativo, e possa caminhar (mesmo que em casa), é necessário que o ambiente lhe proporcione segurança. Pois com o desconforto na perna, o risco de uma queda se torna maior. Por isso é importante que você, ao caminhar, ande em locais que não tenha muitos móveis, para evitar tropeçar e cair, também é importante que não tenha tapetes ou objetos soltos, para prevenir acidentes e ferimentos. Caso ache necessário, você pode utilizar um apoio (como uma bengala), para se sentir mais seguro ao se movimentar. Como você tem diabetes, qualquer ferimento se torna mais difícil de cicatrizar, sendo assim, o seu cuidado deve ser maior para evitar qualquer ferimento.

Necessidade de CONFORTO – Contexto Físico

DIFICULDADE DE LOCOMOÇÃO

SUGESTÕES DE ATIVIDADES/AÇÕES

- **(A sua família pode lhe ajudar nisto).** Criar um ambiente seguro para se locomover. Retirar tapetes ou objetos nos quais possa tropeçar ou escorregar.
- Utilizar calçados que facilitem andar e previnam ferimentos (como os causados por uma topada). Os calçados fechados, como tênis ou sandálias, ajudam a dar mais segurança ao andar, pois previnem escorregões ou que o calçado caia do pé.
- Se achar necessário, você pode utilizar um apoio (pode ser uma bengala, por exemplo). Este apoio irá ajudá-lo a caminhar e poderá prevenir quedas .

Necessidade de CONFORTO – Contexto Físico

DORNAS PERNAS

Entenda porquê eu considere isto um “problema”...

O inchaço nas pernas fazem com que a pele fique esticada e a perna mais pesada e dolorida. O desconforto causado por esse inchaço, muitas vezes faz com que você prefira não se movimentar para não aumentar a dor. Essa dor acaba incomodando e pode lhe deixar irritado ou chateado. Além disso, quando se sente dor, o coração passa a bater mais rápido e isso sobrecarrega ainda mais o coração que já está fraco por causa da insuficiência cardíaca.

Necessidade de CONFORTO – Contexto Físico

DORNAS PERNAS

SUGESTÕES DE ATIVIDADES/AÇÕES

- **(A sua família pode lhe ajudar nisto).** Apoiar a perna inchada (pode ser com um travesseiro ou almofada) para evitar que a pele sofra algum ferimento. Sempre que possível, colocar a perna mais elevada (pode ser sobre uma cadeira) para diminuir o inchaço e a dor.
- **As outras dicas sobre o que fazer para diminuir o inchaço também são úteis para diminuir a dor na perna.**

Necessidade de CONFORTO – Contexto Físico

VONTADE DE FAZER EXERCÍCIOS FÍSICOS

Entenda porquê eu considerarei isto uma necessidade...

A prática de atividades físicas é boa em todos os aspectos. Melhora o corpo a mente e nos traz uma sensação de bem-estar. Contudo, alguns problemas de saúde, como a Insuficiência Cardíaca, limitam esta prática. Com o coração debilitado, não podemos fazer muitos esforços, pois isso o prejudicaria ainda mais. Mas ficar totalmente parado também não é a melhor opção, pois seu corpo vai aos poucos se debilitando. A melhor alternativa é fazer atividades leves, atividades do dia a dia, trabalhos manuais, dentre outros. Mas é sempre importante saber a hora de parar e descansar um pouco. Ter equilíbrio entre atividade e repouso é o ideal para se sentir ativo e não prejudicará a saúde.

Necessidade de CONFORTO – Contexto Físico

VONTADE DE FAZER EXERCÍCIOS FÍSICOS

SUGESTÕES DE ATIVIDADES/AÇÕES

- Equilibrar períodos alternados de repouso e atividade.
- Evitar atividade logo após as refeições (neste momento seu corpo precisa de descanso para fazer a digestão).
- Realizar atividades leves, como caminhar (em casa ou nas proximidades) e atividades cotidianas do lar.
- **(A sua família pode lhe ajudar nisto).** Sempre que possível, faça as coisas sozinho. Sua família só deve interferir em coisas que você não consegue fazer só. Fazendo assim, você se torna mais ativo e independente. Quando deixamos que as outras pessoas façam tudo para a gente (inclusive o que somos capazes de fazer) acabamos nos tornando cada vez mais debilitados.
- Ao perceber qualquer indício de sinais e sintomas de fadiga (como falta de ar, tontura, dor, piora do inchaço), reduzir ou parar a atividade.

Necessidade de CONFORTO – Contexto Sociocultural

DEPENDÊNCIA DAS OUTRAS PESSOAS

Entenda porquê eu considere isto um “problema’...

Algumas doenças, como a Insuficiência Cardíaca, nos deixam mais fracos e dependentes de ajuda (tanto da equipe de saúde, como da nossa família e amigos). É sempre muito bom sabermos que somos amados e temos pessoas que se preocupam e cuidam da gente. Mas se tornar muito dependente desta ajuda, as vezes nos incomoda um pouco, pois algumas vezes queremos fazer algumas coisas sozinhos e outras vezes, a pessoa que cuida da gente pode estar ocupada ou cansada e não queremos incomodar. Sendo assim, é importante que tentemos fazer algumas atividades (por mais simples que sejam) de forma independente. Isso nos torna mais seguros e dá uma sensação de saúde, pois percebemos a força que possuímos.

Necessidade de CONFORTO – Contexto Sociocultural

DEPENDÊNCIA DAS OUTRAS PESSOAS

SUGESTÕES DE ATIVIDADES/AÇÕES

- (A sua família pode lhe ajudar nisto). Procure identificar seus pontos fortes. O que você for capaz de fazer sozinho, faça. Mas só faça coisas que não precisem de muito esforço e acabem prejudicando sua saúde.

Necessidade de CONFORTO – Contexto Sociocultural

BEM-ESTAR DO CUIDADOR (ESPOSA)

Entenda porquê eu considerarei isto uma necessidade...

Na primeira visita que fiz a você, pude perceber o quanto sua esposa é dedicada no seu cuidado. Isto é muito bom, pois a atenção e o amor que ela lhe dedica, fazem com que você esteja seguro de estar sendo bem cuidado. Contudo, assim como você precisa de cuidados, ela (esposa) também precisa ser cuidada. É muito importante que você reconheça a importância da dedicação dela. Assim, a família de vocês ficará cada vez mais unida e equilibrada, ajudado assim no bem-estar de vocês.

Necessidade de CONFORTO – Contexto Sociocultural

BEM-ESTAR DO CUIDADOR (ESPOSA)

SUGESTÕES DE ATIVIDADES/AÇÕES

- Fazer elogios e agradecer os esforços da sua esposa ao cuidar de você.
- Também é importante que sua esposa não se isole e tenha dedicação exclusiva ao seu cuidado. É importante que ela tenha atividades que a distraiam e divirta.

Necessidade de CONFORTO – Contexto Psicoespiritual

CONTROLE SOBRE SEU ESTADO DE SAÚDE

Entenda porquê eu considerarei isto uma necessidade...

Quando vivenciamos uma alteração no nosso estilo de vida, devido, neste caso, a uma doença, é importante que assumamos o controle desta nova situação. O período de adaptação geralmente não é fácil, mas quando nos responsabilizamos por nós mesmos, vemos que é possível viver com qualidade mesmo com algumas limitações. É importante que sejamos ativos, que tomemos decisões sobre o nosso cuidado e que busquemos aprender mais sobre nossa condição de saúde. Tomando estas atitudes, o conforto será uma meta mais fácil de ser atingida.

Necessidade de CONFORTO – Contexto Psicoespiritual

CONTROLE SOBRE SEU ESTADO DE SAÚDE

SUGESTÕES DE ATIVIDADES/AÇÕES

- (A sua família pode lhe ajudar nisto). Identificar estratégias positivas para lidar com as limitações e administrar mudanças necessárias no estilo de vida e no desempenho de papéis.

Agradecimento

Sr. Manoá gostaria de agradecer a receptividade e atenção com que você e sua esposa me receberam. Espero que as atividades que propus tragam-lhe conforto e melhoria da qualidade de vida. Como enfermeira, sinto-me muito feliz em estar tendo esta oportunidade de oferecer-lhe cuidado no seu domicílio, além de estar capacitando-o para que você mesmo e sua família possam ser ativos neste cuidado.

Atenciosamente,
Enfermeira Fabíola Freire

MANUAL:

“Em busca de conforto: medidas e atividades para melhora do conforto em domicílio”

Noé

Conhecendo a Insuficiência Cardíaca (IC)

Medidas e atividades para melhora do conforto em domicílio

Em busca de CONFORTO

Elaborado por:
Fábiola Freire

Enfermeira, mestranda do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará.

Destinado a:

Noé

■ O que é a IC?

É uma doença crônica que se caracteriza pela diminuição da força do coração. Assim, o coração não tem força suficiente para mandar a quantidade ideal de sangue para todas as partes do corpo, ocasionando vários sintomas. A IC pode ocorrer devido a diversos outros problemas de saúde, como por exemplo, um defeito nas válvulas (aórtica ou mitral) ou uma infecção que enfraquece o coração.

■ Quais os principais sintomas?

Os sintomas da IC são melhor percebidos quando estamos fazendo algum esforço ou atividade física. Eles podem começar bem leves e podem se agravar com o tempo. Os sintomas mais comuns são: falta de ar (ao se exercitar ou permanecer deitado por um tempo), inchaço nos pés e tornozelos, palpitações, dificuldade para dormir, fraqueza e desmaios.

■ Qual o tratamento?

O tratamento é feito com acompanhamento da equipe de saúde e inclui: medicamentos, dieta, exercícios leves e repouso.



Conhecendo meus medicamentos

Nome	Para que serve?
AAS	Previne a formação de coágulos no sangue.
Captopril	Baixa a pressão arterial. Tem efeito protetor ao coração.
Carvedilol	Baixa a pressão arterial. Tem efeito protetor ao coração.
Diacqua	Impede o acúmulo de líquidos e está indicado em pacientes com falta de ar aos pequenos esforços e mesmo em repouso.
Digoxina	Aumenta a força de contração do coração.
Furosemida	Aumenta a quantidade de urina, eliminando sal e água do corpo. É utilizado no tratamento de inchaços e falta de ar.
Marevan	Previne a formação de coágulos no sangue. Está indicado para pacientes com prótese de válvulas cardíacas
Omeprazol	Protege o estômago.
Puran T4	Repõe hormônios que a tireóide não está produzindo.
Sinvastatina	Diminui o nível do mau colesterol (LDL) e aumenta do bom colesterol (HDL).
Sustrate	Previne dores no peito (angina).



Seguindo o tratamento



Nome	Hora de tomar o remédio																							
	Madrugada/Manhã												Tarde/Noite											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
AAS																								
Captopril																								
Carvedilol																								
Diacqua																								
Digoxina																								
Furosemida																								
Marevan																								
Omeprazol																								
Puran T4																								
Sinvastatina																								
Sustrate																								

Melhorando o CONFORTO

■ O que é **CONFORTO**?

É uma experiência individual de sentir-se bem e fortalecido, com suas necessidades satisfeitas. É uma sensação agradável e envolve tanto o bem estar físico (do corpo), psicoespiritual (da mente e espírito), ambiental (do local que nos rodeia) e sociocultural (das pessoas próximas e dos cenários sociais dos quais fazemos parte).

■ O que são necessidades de conforto?

São necessidades identificadas por nós mesmos, por nossos familiares ou pela equipe de saúde, as quais, se satisfeitas, aumentam o nível de conforto.



Melhorando o CONFORTO

A seguir, serão apresentadas algumas necessidades de conforto que identifiquei após nossa primeira conversa. Para cada necessidade, faço sugestões de atividades / ações que podem possibilitar a melhora dos "problemas". Como expliquei na primeira visita, estas são apenas sugestões. Você não deve se sentir obrigado a cumpri-las e tem total liberdade de discutir comigo alterações nessas sugestões. Vale ressaltar que, como tivemos apenas um encontro, alguns dos problemas e das sugestões que listo a seguir, podem não representar a sua realidade de necessidades, então, fico à disposição para discussões.

Espero poder estar contribuindo de alguma forma para a melhora do seu conforto.

Obrigada!

Enfermeira Fabíola Freire

Necessidade de CONFORTO – Contexto Físico

SONO PREJUDICADO

Entenda porquê eu considere isto um “problema”...

O coração de pessoas com Insuficiência Cardíaca se cansa muito facilmente. Quando você está acordado, seu corpo está trabalhando muito mais do que quando você dorme, e seu coração, que já não tem a mesma força de antes, está se esforçando ao máximo para que tudo funcione perfeitamente. Contudo, o coração precisa de descanso. Mesmo que você não esteja com sono, seu coração está cansado e você precisa proporcionar este descanso para ele. Quando você deita, a posição do seu corpo demanda menor esforço do coração e isso o ajuda a descansar. Além disso, a falta de sono prejudica outras partes do seu corpo e o torna mais suscetível a adquirir outras doenças. Não existe um total de horas ideal de sono, mas cerca de 6 a 8 horas por noite é comumente recomendado para se manter saudável. Vale salientar que o sono noturno é o que mais nos beneficia, pois nosso corpo precisa da escuridão da noite para produzir alguns hormônios que nos trazem relaxamento e bem-estar.

Necessidade de CONFORTO – Contexto Físico

SONO PREJUDICADO

SUGESTÕES DE ATIVIDADES/AÇÕES

- Prevenir interrupções do sono desnecessárias e permitir períodos de descanso.
*Rever horário das medicações para não interromper o sono.
- Controlar ou prevenir ruídos indesejáveis ou excessivos, quando possível. **(A sua família pode lhe ajudar nisto).**
- Estabelecer uma rotina ao deitar, de modo a facilitar o sono.
*Pode-se utilizar recursos como a leitura de um livro, músicas calmas, ou outras coisas que o relaxem.
- Eliminar situações estressantes antes do horário de dormir (barulho, estimulação visual – TV ou outras coisas que o deixem agitado).
- Monitorar os alimentos e os líquidos ingeridos no horário de dormir, observando itens que facilitam ou interferem o sono.

Necessidade de CONFORTO – Contexto Físico

FALTA DE AR E INCHAÇO

Entenda porquê eu considere isto um “problema”...

Na Insuficiência Cardíaca, com o coração trabalhando com menos força, o sangue permanece mais tempo dentro dos vasos e isto facilita a saída de água destes vasos. Quando esta saída ocorre no pulmão, há um desconforto respiratório, pois o líquido dificulta a troca de ar dentro do pulmão. Já quando esta saída de líquidos ocorre nas pernas, ocorre o inchaço. Esse inchaço tende a aumentar quando se estar de pé, caminhando ou sentado. Isso porquê, nestas posições, o sangue tem maior dificuldade de retornar para o coração, permanecendo mais tempo ainda nos vasos e favorecendo maior extravasamento de líquido. Também vale lembrar que uma dieta bem equilibrada (sem alimentos de difícil digestão), fracionada em pequenas porções e em intervalos de 3 em 3 horas, ajudam a não sobrecarregar o coração. Pois durante a digestão, principalmente de alimentos “pesados” ou gordurosos, o coração precisa enviar muito sangue para o processo de digestão.

Necessidade de CONFORTO – Contexto Físico

FALTA DE AR E INCHAÇO

SUGESTÕES DE ATIVIDADES/AÇÕES

- Se posicionar de forma a facilitar o conforto.
 - *Elevar membros para diminuir o inchaço.
 - *Ao se deitar, apoiar a cabeça para não ficar totalmente na horizontal, assim diminui a falta de ar.
- Comer refeições pequenas e fracionadas.
 - *A cada 3 horas e diminuir consumo de sal e líquido.Comendo fracionado, seu coração não precisa concentrar toda sua força para digerir o alimento, assim, você não o sobrecarrega. Além disso, comer menos sal e líquidos vai diminuir o desconforto da falta de ar e do inchaço.
- **(A sua família pode lhe ajudar nisto).** Uma massagem suave, utilizando um óleo para facilitar e com movimentos contínuos (de baixo para cima), podem diminuir o inchaço e melhorar o conforto.

Necessidade de CONFORTO – Contexto Físico

CÂIMBRA

Entenda porquê eu considere isto um “problema”...

No seu tratamento medicamentoso, você está tomando alguns remédios que o fazem urinar com mais frequência. Contudo, junto com a urina, são eliminadas além da água, outras substâncias necessárias ao bom funcionamento do corpo. Uma delas é o potássio. A falta de água e potássio favorecem o surgimento de contrações musculares involuntárias e dolorosas – as câimbras. O frio também favorece o surgimento destas. Além do desconforto causado pela dor durante a câimbra, outro fator prejudica a sua saúde. Quando você sente uma dor, seu coração tende a acelerar e, assim, ele se desgasta ainda mais, pois está tendo que trabalhar de forma mais intensa.

Necessidade de CONFORTO – Contexto Físico

CÂIMBRA

SUGESTÕES DE ATIVIDADES/AÇÕES

▪ **(A sua família pode lhe ajudar nisto).** Aplicar compressa quente no músculo tenso / enrijecido, ou aplicar compressa fria para o músculo dolorido/frágil.
*O calor ajuda a relaxar o músculo e o frio a diminuir a sensação de dor e cansaço após a câimbra.

▪ **(A sua família pode lhe ajudar nisto).** Massagear a área afetada usando movimentos contínuos, simétricos e rítmicos (movimentos circulares).
▪*Ajudam a relaxar os músculos.

▪ Comer alimentos ricos em potássio (p. ex.: bananas, vegetais verdes, tomates, vegetais amarelos, chocolates e derivados do leite).

▪ Quando as câimbras forem nas pernas, ficar em pé e colocar o peso sobre a perna com câimbra, dobrando o joelho para esticar os músculos da batata da perna. Se não conseguir ficar em pé, sentar-se, esticar a perna e puxar os pés para trás com as mãos.

Necessidade de CONFORTO – Contexto Físico

VONTADE DE FAZER EXERCÍCIOS FÍSICOS

Entenda porquê eu considere isto uma necessidade...

A prática de atividades físicas é boa em todos os aspectos. Melhora o corpo a mente e nos traz uma sensação de bem-estar. Contudo, alguns problemas de saúde, como a Insuficiência Cardíaca, limitam esta prática. Com o coração debilitado, não podemos fazer muitos esforços, pois isso o prejudicaria ainda mais. Mas ficar totalmente parado também não é a melhor opção, pois seu corpo vai aos poucos se debilitando. A melhor alternativa é fazer atividades leves, atividades do dia a dia, trabalhos manuais, dentre outros. Mas é sempre importante saber a hora de parar e descansar um pouco. Ter equilíbrio entre atividade e repouso é o ideal para se sentir ativo e não prejudicar a saúde.

Necessidade de CONFORTO – Contexto Físico

VONTADE DE FAZER EXERCÍCIOS FÍSICOS

SUGESTÕES DE ATIVIDADES/AÇÕES

- Equilibrar períodos alternados de repouso e atividade.
- Evitar atividade logo após as refeições (neste momento seu corpo precisa de descanso para fazer a digestão).
- Realizar atividades leves, como caminhar (em casa ou nas proximidades) e atividades cotidianas do lar (p. ex. ajudar a cozinhar).
- Ao perceber qualquer indício de sinais e sintomas de fadiga (como falta de ar e tontura), reduzir ou parar a atividade.

Necessidade de CONFORTO – Contexto Ambiental

BARULHO

Entenda porquê eu considerei isto um “problema”...

Alguns sons, os quais consideramos barulho, são irritantes e podem alterar nossa concentração, nosso estado de humor e dificultar nosso descanso. No caso de pessoas com Insuficiência Cardíaca, essa irritação causada pelo barulho acabam alterando a frequência dos batimentos do coração e o sobrecarregando. Além disso, esse barulho pode nos deixar em um estado de estresse que favorece aparecimento de outras doenças.

Necessidade de CONFORTO – Contexto Ambiental

BARULHO

SUGESTÕES DE ATIVIDADES/AÇÕES

- Controlar ou prevenir ruídos indesejáveis ou excessivos, quando possível. **(A sua família pode lhe ajudar nisto).**

Necessidade de CONFORTO – Contexto Sociocultural

FUNÇÃO SOCIAL

Entenda porquê eu considere isto uma necessidade...

Função social aqui entende-se como o papel que assumimos na sociedade enquanto cidadãos ativos. É nossa atividade profissional, nosso envolvimento em instituições sociais (como igreja, movimentos sociais, organizações, etc.). Algumas situações nos afastam da nossa função social, como um adoecimento, por exemplo. Contudo, é importante não nos deixarmos entristecer por este motivo e, sim, procurar meios de nos envolvermos ativamente com a sociedade. Para isso, podemos elencar atividades que somos capazes de realizar e que são prazerosas e, então, investir nelas. A ausência de função social muitas vezes está associada a depressão e sentimentos negativos, os quais são prejudiciais à nossa saúde física e mental. Sendo assim, manter-nos ativos é uma medida importante para o nosso bem-estar.

Necessidade de CONFORTO – Contexto Sociocultural

FUNÇÃO SOCIAL

SUGESTÕES DE ATIVIDADES/AÇÕES

- Programar períodos específicos de atividades de diversão (trabalhos manuais) em sua rotina diária.
- **(A sua família pode lhe ajudar nisto).** Adaptar o ambiente de modo a acomodar a atividade desejada (trabalhos manuais).

Necessidade de CONFORTO – Contexto Psicoespíritual

CONTROLE SOBRE SEU ESTADO DE SAÚDE

Entenda porquê eu considere isto uma necessidade...

Quando vivenciamos uma alteração no nosso estilo de vida, devido, neste caso, a uma doença, é importante que assumamos o controle desta nova situação. O período de adaptação geralmente não é fácil, mas quando nos responsabilizamos por nós mesmos, vemos que é possível viver com qualidade mesmo com algumas limitações. É importante que sejamos ativos, que tomemos decisões sobre o nosso cuidado e que busquemos aprender mais sobre nossa condição de saúde. Tomando estas atitudes, o conforto será uma meta mais fácil de ser atingida.

Necessidade de CONFORTO – Contexto Psicoespíritual

CONTROLE SOBRE SEU ESTADO DE SAÚDE

SUGESTÕES DE ATIVIDADES/AÇÕES

- **(A sua família pode lhe ajudar nisto).** Identificar estratégias positivas para lidar com as limitações e administrar mudanças necessárias no estilo de vida e no desempenho de papéis.

Agradecimento

Sr. Noé gostaria de agradecer sua receptividade e atenção. Espero que as atividades que propus tragam-lhe conforto e melhoria da qualidade de vida. Como enfermeira, sinto-me muito feliz em estar tendo esta oportunidade de oferecer-lhe cuidado no seu domicílio, além de estar capacitando-o para que você mesmo e sua família possam ser ativos neste cuidado.

Atenciosamente,
Enfermeira Fabíola Freire

APÊNDICE I
PROCESSO DE ENFERMAGEM
(Fundamentada na Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba)

5ª FASE: AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM

CONTEXTO DO CONFORTO (Teoria de Kolcaba)	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (NANDA-I)	FATORES RELACIONADOS (DE)	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)			INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)	RESULTADOS ALCANÇADOS
			Alívio	Tranquilidade	Transcendência		
FÍSICA							
AMBIENTAL							
SOCIO-CULTURAL							
PSICO-ESPIRITUAL							

ANEXOS

ANEXO A
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – UECE

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROCESSO DE ENFERMAGEM COM VISTAS AO CUIDADO CLÍNICO DE CONFORTO DO PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA NO DOMICÍLIO

Pesquisador: FABÍOLA VLÁDIA FREIRE DA SILVA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 12178813.7.0000.5534

Instituição Proponente: PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE (UECE)

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 252.879

Data da Relatoria: 26/03/2013

Apresentação do Projeto:

O projeto trata de um estudo acerca do cuidado clínico prestado pelo enfermeiro às pessoas que sofrem de Insuficiência Cardíaca (IC) com a finalidade de produzir uma dissertação de mestrado pelo Programa de Pós-graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará- UECE. Consiste em uma pesquisa de campo descritiva, do tipo pesquisa-intervenção a ser desenvolvida com pacientes inseridos no Programa de Acompanhamento Domiciliar (PAD) do Hospital de Messejana. Os sujeitos totalizam em 5 pacientes que se enquadram nos seguintes critérios de inclusão: pacientes adultos (18 a 60 anos), que possuam o diagnóstico médico de IC há pelo menos um ano, que estejam em tratamento pelo tempo mínimo de um ano e que sejam acompanhadas pelo PAD em Fortaleza. Serão desconsiderados os dados de pacientes que eventualmente venham a óbito no período do estudo. A coleta de dados será realizada em três etapas:

1ª ETAPA: Será feita uma avaliação inicial do paciente (primeira visita domiciliar) pelo preenchimento de um formulário com questões sobre a caracterização dos sujeitos, variáveis sociodemográficas e condições do domicílio. Depois será realizada uma entrevista semiestruturada para coleta de dados sobre necessidades de conforto, além da aplicação de uma escala adaptada segundo o modelo operacional do conforto desenvolvido por Kolcaba. Ainda nesta fase será realizado um exame físico direcionado para o contexto cardiovascular e observação assistemática. Antes da próxima etapa, a pesquisadora informa que identificará os diagnósticos de enfermagem,

Endereço: Av. Paranjana, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: diana.pinhoiro@uece.br

segundo a taxonomia II da North American Diagnosis Association Internacional (NANDA-I), no domínio Conforto, pertinentes às situações/ações de conforto de acordo com a análise dos problemas identificados na primeira etapa;

2ª ETAPA: Corresponderá a etapa de planejamento e implementação das intervenções guiadas pela Nursing Intervention Classification (NIC) e baseadas nos resultados esperados conforme a Outcomes Classification (NOC). Essa etapa será realizada na segunda, terceira e quarta visita domiciliar, após determinação das necessidades do paciente, estabelecendo assim estratégias de conforto, bem-estar e qualidade de vida (ação feita pelo pesquisador e paciente).

3ª ETAPA: Será realizada uma quinta visita domiciliar, onde serão avaliados os resultados das intervenções planejadas e propostas na segunda etapa, por meio de entrevista e observação assistemática. Para análise dos resultados, a pesquisadora menciona que fará análise de conteúdo após categorização segundo as dimensões de conforto: dimensões física, psicoespiritual, sociocultura e ambiental, além de confrontar com a literatura e com a teorização de Kolcaba.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral é descrever a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) a pessoas com insuficiência cardíaca em acompanhamento domiciliar, com vistas ao conforto e a qualidade de vida, fundamentada na Teoria do Conforto de Kolcaba. Além disso, pretende identificar os diagnósticos de enfermagem pertinentes às situações/ações de conforto nas dimensões física, ambiental, sociocultural e psicoespiritual; estabelecer os resultados esperados para os diagnósticos de enfermagem, enquanto promotores de alívio, tranquilidade ou transcendência; estabelecer intervenções/atividades de conforto de acordo com os resultados esperados para os diagnósticos identificados; e avaliar as respostas de conforto resultantes das intervenções propostas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora informa que os riscos do estudo serão mínimos e se ocorrer algum desconforto ou mal, ela estará atenta para minimizá-lo ou resolvê-lo. Quanto aos benefícios, a mesma garante que o estudo contribuirá para que a enfermagem possa ajudar o paciente com insuficiência cardíaca a vencer as barreiras impostas pela doença por meio de uma melhor assistência de enfermagem, possibilitando melhoria da qualidade de vida e conforto no ambiente domiciliar. Além disso, os resultados serão enviados ao Programa de Acompanhamento Domiciliar (PAD) como subsídio para a melhoria da prestação de serviço.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O trabalho apresenta-se bem descrito e segue de modo adequado os ditames da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Endereço: Av. Paranjana, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: diana.pinheiro@uece.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE adequado conforme a Resolução 196/96 do CNS.

Riscos e Benefícios adequados.

Folha de rosto adequada.

O termo de anuência apresentado não é o da instituição e sim o do setor da instituição onde será realizada a coleta de dados.

Roteiro de entrevista adequado ao estudo.

No processo consta cronograma de execução.

Orçamento (financiamento próprio) no valor de R\$ 33.534,00.

Recomendações:

Recomenda-se apenas que a pesquisadora adeque a data de início da coleta dos dados para depois do parecer favorável deste Comitê.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto segue os ditames da Resolução 196/96 do CNS.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Os termos de apresentação obrigatória foram disponibilizados adequadamente. Os pesquisadores devem enviar relatório ao concluírem a pesquisa.

FORTALEZA, 23 de Abril de 2013

Assinador por:
DIANA CÉLIA SOUSA NUNES PINHEIRO
(Coordenador)

Endereço: Av. Paranjana, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: diana.pinheiro@uece.br

ANEXO B
ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE



Autorização para realização de pesquisa

Fortaleza, 7 de Fevereiro de 2013.

Eu, MARIA CELINA SARAIVA MARTINS, diretora do Serviço de Enfermagem do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart, venho por meio deste informar a V. Sa. que autorizo a pesquisadora FABÍOLA VLÁDIA FREIRE DA SILVA, aluna do curso do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde- PPCLIS da Universidade Estadual do Ceará – UECE, a realizar/desenvolver a pesquisa intitulada “PROCESSO DE ENFERMAGEM COM VISTAS AO CUIDADO CLÍNICO DE CONFORTO DO PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA NO DOMICÍLIO”, sob orientação do Prof.(a). Dr. (a). LÚCIA DE FÁTIMA DA SILVA.

Declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como *instituição co-participante* do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.



Assinatura do responsável institucional