



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**  
**PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**BEATRIZ COSTA DA SILVA**

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM PLANO DE ALTA HOSPITALAR DE  
ENFERMAGEM PARA PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA**

**São Cristóvão, SE**

**2021**

**BEATRIZ COSTA DA SILVA**

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM PLANO DE ALTA HOSPITALAR DE  
ENFERMAGEM PARA PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós—  
Graduação em Enfermagem da Universidade Federal  
de Sergipe para obtenção do título de Mestre em  
Enfermagem.

**Linha de pesquisa:** Modelos teóricos e as  
tecnologias na enfermagem para o cuidado do  
indivíduo e grupos sociais.

**Área de concentração:** Enfermagem, cuidado e  
saúde

**Orientadora:** Dr<sup>a</sup>. Maria do Socorro Claudino  
Barreiro

**São Cristóvão, SE**

**2021**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

Silva, Beatriz Costa da

S586c Construção e validação de um plano de alta hospitalar de enfermagem para pacientes com insuficiência cardíaca / Beatriz Costa da Silva ; orientadora Maria do Socorro Claudino Barreiro. – São Cristóvão, SE, 2021.

156 f : il.

Dissertação (mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Sergipe, 2021.

1. Enfermagem. 2. Cuidados. 3. Insuficiência cardíaca. 4. Alta do paciente. I. Barreiro, Maria do Socorro Claudino, orient. II. Título.

CDU 616-083:616.12-008.46

DA SILVA, Beatriz Costa

Construção e validação de um plano de alta hospitalar de enfermagem para pacientes com insuficiência cardíaca.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**Aprovado em** 23/04/2021

**Presidente**

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria do Socorro Claudino Barreiro

Instituição: Universidade Federal de Sergipe

**Comissão Julgadora**

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Carla Kalline Alves Cartaxo Freitas

Instituição: Universidade Federal de Sergipe

Prof. Dr. Glebson Moura Silva

Instituição: Universidade Federal de Sergipe

## **Dedicatória**

*A Deus, por ter me sustentado até aqui. Vivi situações que jamais imaginei, pensei que não conseguiria finalizar, cogitei desistir, mas em todos os dias o Senhor esteve ao meu lado me sustentando quando as forças me faltavam e me direcionando para o melhor caminho. Até aqui o Senhor me sustentou! Gratidão, meu Pai, sem ti eu não teria conseguido. A ti toda honra e toda glória!*

*Aos meus amados pais, Rosangela Lima Costa e Francisco de Assis Bento da Silva, por serem minha base e me apoiarem em todas as decisões, por não me deixarem fraquejar, não me deixando desistir. Vocês são meus exemplos e tudo será sempre por e para vocês.*

*À minha irmã querida, Sofia Costa da Silva, que na sua ingenuidade me alimentava de garra e força de vontade para seguir em frente em busca do meu sonho. Você me deu apoio, amor, cuidado e amparo. Estaremos sempre juntas, enquanto eu existir você nunca estará só.*

*Ao meu noivo, Wesley Santos Chagas, meu companheiro, conselheiro, amigo e amor, que sonhou meu sonho junto comigo não me deixando cogitar desistir. Você é a mão que não solta a minha e que enfrenta comigo as adversidades. Gratidão pela sua existência e pelo nosso encontro.*

*Ao meu tio, Manoel Messias Lima de Carvalho e família, que tanto acreditou em mim e que me proporcionou a oportunidade de chegar até o dia de hoje. Sem você possivelmente eu não estaria aqui, tio. Externo minha gratidão e meu imenso apreço por você. Deus te abençoe e proteja sempre.*

*Dedico também a você, leitor, espero que este estudo possa auxiliar na construção do seu conhecimento.*

## **Agradecimentos**

*A Deus, pelas bênçãos concedidas, pelas oportunidades de crescimento que obtive no decorrer deste tempo, por me cuidar nos momentos de atribulação e pelo conhecimento e resiliência aprendida, sendo assim possível fortalecer a cada dia a minha fé.*

*A minha família, por serem parte primordial da construção da minha essência, ensinando-me sobre valores e princípios os quais são base para a condução da minha vida.*

*A todos os meus amigos, aqui representados por Luanny, Mylla, Vitória, George, Mateus, Juliana, José Marcos e Matheus Melo, por toda força e por me apoiarem durante toda essa jornada.*

*Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe, pela oportunidade e por me permitir realizar meu sonho: a pós-graduação.*

*A minha orientadora, Maria do Socorro Claudino Barreiro, que me recebeu de braços abertos, pela orientação acolhimento, cuidado, parceria, respeito e constante incentivo durante todo esse período. Gratidão pela nossa trajetória junta. Você é um exemplo de humanidade!*

*A todos que fazem parte da Secretaria Municipal de Saúde de São Cristóvão, em especial Fernanda e Mayra, por terem me dado à oportunidade de seguir em busca do meu sonho e por acreditarem em mim.*

## Epígrafe

*“Há tempo para tudo! Para tudo há uma ocasião certa; há um tempo certo para cada propósito debaixo do céu:*

*Tempo de nascer e tempo de morrer, tempo de plantar e tempo de arrancar o que se plantou, tempo de matar e tempo de curar, tempo de derrubar e tempo de construir, tempo de chorar e tempo de rir, tempo de pratear e tempo de dançar, tempo de espalhar pedras e tempo de ajuntá-las, tempo de abraçar e tempo de se conter, tempo de procurar e tempo de desistir, tempo de guardar e tempo de jogar fora, tempo de rasgar e tempo de costurar, tempo de calar e tempo de falar, tempo de amar e tempo de odiar, **tempo de lutar e tempo de viver em paz.**”*

*Eclesiastes 3:1-8*

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** A alta pode ser definida como o processo que decide o que o paciente precisa para mudar suavemente de um nível de cuidado para outro. Um adequado processo de transição do ambiente hospitalar para o domiciliar promove o autocuidado do paciente após a alta hospitalar. Neste cenário, a IC se destaca como uma doença grave, visto que além de impactar em fatores socioeconômicos e limitar a qualidade de vida do paciente, apresenta altas taxas de incidência e mortalidade com elevado custo para o sistema de saúde. **OBJETIVOS:** validar um plano de alta hospitalar de enfermagem para pacientes com IC. **MÉTODO:** Estudo metodológico realizado em 04 etapas: 1) identificar a categoria do cliente - representada pela escolha da população alvo e da prioridade em saúde desse estudo; 2) levantamento de dados na literatura – realização da revisão integrativa que embasou a construção do plano de alta; 3) elaboração do plano de alta hospitalar de enfermagem com base nos sinais e sintomas clínicos trazidos pela Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Aguda e Crônica, nas evidências da revisão integrativa, nos principais diagnósticos encontrados na NANDA-I e nas intervenções de enfermagem da NIC, além da validação do conteúdo com quatro docentes experts em estudos de validação e sistemas de classificação; 4) validação da semântica da cartilha de alta para pacientes com IC através de formulário online com enfermeiros brasileiros com doutorado concluído e atuação atual na docência/pesquisa e/ou assistência em cardiologia na Região Nordeste do país. **RESULTADOS:** Foram sugeridas algumas alterações do conteúdo e semântica do instrumento, dentre elas: alteração do título da cartilha, acréscimo de algumas sessões (importância do enfermeiro no processo da alta hospitalar, prescrições individualizadas de enfermagem, registro da pressão arterial, local específico para o paciente escrever telefones par contato de urgência e emergência), além da descrição de itens como atividade de diária em que foram dados exemplos a fim de melhor entendimento dos pacientes (vestir-se, banhar-se, alimentar-se). De maneira geral, a aplicabilidade da cartilha para os pacientes com IC foi validada na segunda fase após atingir um IVC global satisfatório (0,95). **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O plano de alta de enfermagem para pacientes com insuficiência cardíaca elaborada e validado apresenta-se adequado para ser utilizado no processo da alta hospitalar pelos profissionais enfermeiros e para esses pacientes e seus familiares.

**Descritores:** Insuficiência Cardíaca. Alta do paciente. Cuidados de Enfermagem.

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Classificação funcional da insuficiência cardíaca.....	5
<b>Quadro 2</b> – Principais manifestações clínicas, segundo a Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca e Aguda (2018).....	24
<b>Quadro 3</b> – Agrupamento dos sinais e sintomas de acordo com a taxonomia NANDA-I e a Teoria de Dorothea Orem do Déficit do Autocuidado.....	25
<b>Quadro 4</b> – Levantamento dos principais “focos” da taxonomia NANDA-I para as 06 categorias (dispneia, edema, taquicardia, congestão, emocional e autocuidado).....	25
<b>Quadro 5</b> – Seleção final dos diagnósticos de enfermagem prioritários para os pacientes com insuficiência cardíaca, segundo a taxonomia NANDA-I.....	26
<b>Quadro 6</b> – Atividades de enfermagem prioritárias para o paciente com insuficiência cardíaca, segundo o sistema de classificação NIC.....	30

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Descritores controlados e operadores booleanos cruzados nas bases de dados. São Cristóvão, SE, Brasil. 2020.....	22
<b>Tabela 2</b> – Caracterização dos juízes da primeira etapa de validação. São Cristóvão, SE, Brasil, 2021.....	46
<b>Tabela 3</b> – Caracterização dos juízes da segunda etapa de validação. São Cristóvão, SE, Brasil, 2021.....	47
<b>Tabela 4</b> – 1ª rodada para validação do conteúdo do plano de alta hospitalar de enfermagem para pacientes com insuficiência cardíaca. São Cristóvão, SE, Brasil, 2021.....	48
<b>Tabela 5</b> – 2ª rodada para validação do conteúdo do plano de alta hospitalar de enfermagem para pacientes com insuficiência cardíaca. São Cristóvão, SE, Brasil, 2021.....	57
<b>Tabela 6</b> – Rodada para validação do conteúdo do plano de alta hospitalar de enfermagem para pacientes com insuficiência cardíaca. São Cristóvão, SE, Brasil, 2021.....	65

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Fluxograma com as etapas e procedimentos da pesquisa.....	20
<b>Figura 2</b> - Fluxograma da elaboração do plano de alta hospitalar de enfermagem para pacientes com IC. São Cristóvão, SE, Brasil, 2021.....	23
<b>Figura 3</b> - Fórmula para o IVC utilizada na pesquisa, São Cristóvão, 2021.....	39
<b>Figura 4</b> - Fluxograma PRISMA do processo de busca de dados, São Cristóvão, SE, Brasil. 2020.....	41

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

- AE** – Atividade de Enfermagem
- ANA** – American Nurses Association
- BREATHE** – Brazilian Registry of Acute Heart Failure
- CEP** – Comitê de Ética em Pesquisa
- CINAHL** - Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
- CIPE** – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
- CIPESC** – Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva
- DE** – Diagnóstico de Enfermagem
- DeCS** - Descritores em Ciências da Saúde
- FEVE** – Fração de Ejeção do Ventrículo Esquerdo
- IC** – Insuficiência Cardíaca
- ICFEi** - Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Intermediária
- ICFEp** – Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Preservada
- ICFEr** – Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida
- IE** – Intervenção de Enfermagem
- IECA** – Inibidor de Enzima Conversora de Angiotensina
- IVC** – Índice de Validade de Conteúdo
- LILACS** - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
- MeSH** - Medical Subject Headings Section
- NANDA-I** – North American Nursing Diagnosis Association
- NIC** – Nursing Interventions Classification
- NOC** – Nursing Outcomes Classification
- NYHA** – New York Heart Association
- OMS** – Organização Mundial da Saúde
- PE** – Processo de Enfermagem
- RUE** – Rede de Atenção às Urgências e Emergências
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- TCLE** - Termo de Compromisso Livre e Esclarecido
- UFS** – Universidade Federal de Sergipe

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	14
2	REVISÃO DE LITERATURA .....	17
2.1	Considerações sobre a Insuficiência Cardíaca (IC).....	17
2.2	Planejamento da alta: uma ferramenta para a educação em saúde dos pacientes com IC....	21
2.3	Linguagem padronizada de Enfermagem para o cuidado na IC .....	24
2.4	Modelo Teórico do Autocuidado de Dorothea Orem.....	26
3	OBJETIVOS .....	31
3.1	Geral.....	31
3.2	Específicos .....	31
4	MATERIAIS E MÉTODOS .....	32
4.1	Tipo do estudo.....	32
4.2	Procedimento metodológico.....	34
4.3	Instrumento de coleta de dados .....	51
4.4	– Coleta de Dados .....	51
4.5	- Critérios de Exclusão .....	52
4.6	- Aspectos Éticos.....	52
4.7	- Tratamento e análise dos dados .....	52
5	RESULTADOS.....	53
5.1	- REVISÃO INTEGRATIVA.....	53
5.2	DIMENSÕES ESTRUTURAIS DO PLANO DE ALTA PARA O PACIENTE COM IC.....	57
5.3	VALIDAÇÃO DO PLANO DE ALTA DE ENFERMAGEM.....	59
6	DISCUSSÃO .....	83
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	92
8	REFERÊNCIAS .....	93
	APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO ( <i>EXPERTS</i> ) .....	103
	APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO 02 (ENFERMEIROS) .....	110
	APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO DOS JUÍZES ESPECIALISTAS .....	113
	APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	115
	APÊNDICE E – CARTA CONVITE AOS JUÍZES .....	117
	APÊNDICE F - CARTILHA - O ENFERMEIRO E O PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: INCENTIVO AO AUTOCUIDADO APÓS A ALTA HOSPITALAR” .....	118
	APÊNDICE G – REVISÃO INTEGRATIVA.....	132
	ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	150

## 1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define alta como a atividade de liberação de um paciente do local de cuidados e normalmente se refere à data em que ele deixa o hospital (OMS, 2004). A alta pode ser definida, também, como o processo que decide o que o paciente precisa para mudar suavemente de um nível de cuidado para outro. Usualmente, contempla os serviços que o paciente necessita após a internação, inicia na admissão e finaliza após ser alocado no próximo nível de cuidado. É possível que essa transição seja entre setores de um mesmo hospital ou entre o hospital e clínica de reabilitação ou a residência do paciente (BIRJANDI; BRAGG, 2008; LI et al., 2013).

Um adequado processo de transição do ambiente hospitalar para o domiciliar promove o autocuidado do paciente após a alta hospitalar. Essa transição pode ser realizada através de um conjunto de ações que objetivam a coordenação e a continuidade do cuidado. Envolve o paciente, familiares, cuidadores e profissionais que prestam assistência. Por isso, é um processo complexo que requer dos profissionais uma comunicação adequada e eficaz, conhecimento, experiência, competência e habilidades. Sendo assim, a transição realizada de forma correta resulta em qualidade na assistência e na vida dos pacientes, além de contribuir para evitar novas internações e reduzir custos hospitalares (WEBER et al., 2017).

Dessa forma, merece ênfase o planejamento da alta hospitalar que inclui, dentre outras coisas, educação e treinamento suficientes dos pacientes e familiares para a assistência domiciliar, além de alternativas de apoio e enfrentamento da doença, obtenção do cuidado mais eficaz e personalizado (TEJADA-TAYABAS, PARTIDA-PONCE, HERNÁNDEZ-IBARRA, 2015). Algumas atividades promovem sucesso para a alta, são elas: identificar os pacientes que estão clinicamente aptos para a alta, informar os pacientes e seus familiares sobre a alta hospitalar, fornecer informações por escrito sobre a transferência de cuidados após a alta e prover transporte (LAUGALAND; AASE; WARING, 2014).

Para dar embasamento para essas atividades pode-se ressaltar a importância da prática de enfermagem estar pautada em Sistemas de Linguagem Padronizada visto que objetiva-se organizar conceitos teóricos e práticos que permitem dar fluidez durante o cuidado ofertado e, sobretudo, agregar conhecimento validado cientificamente (ADAMY et al., 2018). A utilização de uma linguagem padronizada permite que os enfermeiros de todo o mundo

possam compartilhar de forma científica suas estratégias para a assistência de enfermagem ao compilar dados para o planejamento dessa assistência em saúde (ALBUQUERQUE et al., 2008; BREHMER, RAMOS, 2014). Vale ressaltar que, sempre que possível, as pessoas hospitalizadas devem receber um planejamento adequado para a alta hospitalar embasado nesses sistemas de classificação da enfermagem, visto o impacto positivo que esse instrumento de trabalho pode trazer para a vida delas.

Sendo assim, pode-se destacar entre as doenças com maior influência no quantitativo de internações pelo SUS, a Insuficiência Cardíaca (IC) que é definida como uma síndrome clínica caracterizada por sinais e sintomas de sobrecarga de líquido e perfusão tissular inadequada. Estes ocorrem quando o coração não consegue gerar um débito cardíaco satisfatório para atender as demandas de oxigênio e nutrientes do corpo (HINKLE e CHEEVER, 2017). Além disso, pode ser considerada a via final de todas as patologias que acometem o coração e devido ao seu alto índice de morbimortalidade se torna um dos mais importantes problemas de saúde pública (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2018).

De acordo com o relatório de dados obtidos no DATASUS, o Brasil apresentou a IC como a primeira causa de internação hospitalar das doenças do aparelho circulatório no período compreendido entre fevereiro de 2019 a fevereiro de 2020, totalizando 213.306 casos de internações. Tratando-se de óbitos, esta doença ocupa a segunda posição entre as maiores causas de mortalidade, alcançando 24.265 óbitos no mesmo período (BRASIL, 2020). Sendo assim, a IC destaca-se como uma doença grave, visto que além de impactar em fatores socioeconômicos e limitar a qualidade de vida do paciente, apresenta altas taxas de incidência e mortalidade com elevado custo para o sistema de saúde (ABUHAB, 2012; ROHDE, et al., 2018). Frente a isso, a OMS definiu a IC como prioridade de atenção nos setores de saúde em todo o mundo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2018).

Outro problema é que a internação prévia acarreta novas hospitalizações e recidivas no quadro, com taxa de 50% de re-hospitalização em até um ano da última internação. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2018). Os pacientes que necessitam de hospitalização para estabilizar os sinais e sintomas de agravamento apresentam um quadro de maior gravidade, visto que para o paciente com IC quanto mais internações ele necessitar, maior será a mortalidade, o que torna o tratamento dessa afecção um desafio (COWIE et al., 2017; BOCCHI et al., 2015).

Sendo assim, toda e qualquer intervenção que venha a reduzir essas interações pode resultar em ganhos econômicos significativos e, primordialmente, na melhora da condição clínica dos pacientes. Frente a essa problemática e levando em consideração a vivência da pesquisadora como integrante do grupo de pesquisa em cardiologia denominado “Congestão” em um hospital particular de Aracaju/SE, foi possível verificar que o planejamento da alta hospitalar é pouco realizado por parte dos enfermeiros.

Por isso, justifica-se a relevância de construir um instrumento para planejamento de alta dos pacientes com IC, visto que esta população precisa receber prescrições de enfermagem adequadas e seguras quanto ao quadro clínico, implicações, tratamento e mudanças no estilo de vida. Além disso, torna-se fundamental para a prática clínica dos enfermeiros, profissionais que tem papel importante na transição do ambiente de cuidado, por desenvolver atividades no planejamento de cuidados para a alta, educação em saúde, auxílio para reabilitação social, articulação com os demais serviços de saúde e acompanhamento pós-alta (WEBER et al., 2017; DUNN; ROGERS, 2016; THOMA; WAITE, 2017).

Pretende-se com esse estudo contribuir para melhoria da assistência de enfermagem prestada no processo da alta hospitalar desses usuários e, conseqüentemente, prevenir recorrentes hospitalizações e diminuir a mortalidade, pois promoverá o autocuidado e maior segurança na transição do ambiente hospitalar para o domicílio.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Considerações sobre a Insuficiência Cardíaca (IC)

De acordo com as diversas funções referentes ao corpo humano, o coração e todo o sistema circulatório precisam adaptar-se às necessidades e mudanças repentinas do organismo e deve-se prezar pelo equilíbrio homeostático através do suprimento de suporte sanguíneo, de oxigênio e nutrientes, além de considerar as particularidades dos diferentes tecidos (MAZÓCOLI, 2016).

A Insuficiência Cardíaca (IC) é uma síndrome complexa e é considerada a fase final de todas as doenças cardiológicas, por ser consequência do comprometimento da contratilidade do músculo cardíaco (falência miocárdica) causa sinais e sintomas de sobrecarga de líquido e perfusão tissular inadequada. O coração se torna incapaz de bombear sangue de forma a atender às necessidades metabólicas tissulares, ou pode fazê-lo somente com elevadas pressões de enchimento. Pode ser ocasionada por alterações estruturais ou funcionais cardíacas e é caracterizada por sinais e sintomas típicos, que resultam da redução no débito cardíaco e/ou das elevadas pressões de enchimento no repouso ou no esforço (MANN et al., 2015).

A IC pode se desenvolver de forma aguda ou crônica, a depender, sobretudo, do tempo em que ela ocorre e, mais ainda, do período necessário para o organismo realizar os mecanismos compensatórios eficientes. O termo “insuficiência cardíaca crônica” remete ao progressivo e persistente desenvolvimento da doença. Enquanto que a forma aguda é quando uma pessoa previamente normal desenvolve uma anormalidade no coração em que acontece uma acentuada e brusca redução do débito cardíaco, que acarreta em sintomas de perfusão inadequada do corpo ou congestão aguda nas veias, sem que o organismo tenha tempo hábil para ativar os mecanismos de compensação e necessita de terapia urgente (HINKLE e CHEEVER, 2017).

A IC pode ser classificada de três formas: baseada na fração de ejeção (preservada, intermediária e reduzida), quanto à gravidade dos sintomas (classificação funcional da *New York Heart Association* – NYHA) e o tempo e progressão da doença (diferentes estágios) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2018).

Historicamente usou-se para definir a IC a terminologia baseada na fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) e considera os pacientes com FEVE normal ( $\geq 50\%$ ),

compreende IC com fração de ejeção preservada (ICFEp), e aqueles que apresentam FEVE reduzida (< 40%), denominados IC com fração de ejeção reduzida (ICFEr). Atualmente, é possível classificar os pacientes que se encontram na zona intermediária (entre 40 e 49%) como IC de fração de ejeção intermediária (*mid-range* ou ICFEi). A diferenciação dos pacientes de acordo com as suas frações de ejeção do ventrículo esquerdo são importantes, visto que eles diferem em relação às etiologias, comorbidades e, principalmente, à resposta à terapêutica (PONIKOWSKI et al., 2016).

O estado funcional e a gravidade dos sintomas do paciente são avaliados de acordo com seu grau de limitação físico aos esforços, baseado na classificação da Sociedade de Cardiologia de Nova York (*New York Heart Association* – NYHA) (HINKLE e CHEEVER, 2017). A classificação, apresentada no Quadro 1, considera as condições do indivíduo antes do acometimento da doença, o estilo de vida e detalha os diferentes tipos de esforços realizados por ele. Os pacientes com insuficiência cardíaca descompensada estão englobados nas categorias III e IV (NYHA, 1994).

Essa classificação possibilita avaliar clinicamente o paciente, auxilia no manejo terapêutico e tem relação com o prognóstico. Normalmente, os indivíduos que apresentam classe funcional da NYHA III e IV tendem a apresentar condições clínicas progressivamente piores, mais frequentemente necessitam de hospitalizações e maior é o risco de mortalidade. Em contrapartida, apesar dos pacientes NYHA II apresentarem quadro clínico mais estável e menor número de internações, há a possibilidade do transcorrer da doença ser instável e esses pacientes podem apresentar morte súbita sem piora dos sintomas (BUTLER; GHEORGHIADÉ; METRA, 2016).

#### **Quadro 1. Classificação funcional da insuficiência cardíaca**

Classe funcional I	Pacientes assintomáticos para as atividades físicas habituais
Classe funcional II	Pacientes sintomáticos diante das atividades cotidianas
Classe funcional III	Pacientes sintomáticos aos pequenos e mínimos esforços
Classe funcional IV	Pacientes sintomáticos (dispneia, fadiga, palpitação) em repouso

(NYHA, 1994)

Enquanto a classificação NYHA enfatiza a capacidade para o exercício e a gravidade dos sintomas da doença, há um sistema de avaliação e classificação da IC do *American College of Cardiology* e da *American Heart Association*, que leva em consideração o desenvolvimento e a progressão da doença (HUNT et al., 2009). Engloba desde o paciente

que apresenta risco de desenvolver IC, ao qual a abordagem deve ser realizada no sentido de prevenir seu desenvolvimento, até o paciente em estágio mais avançado da doença, que necessita de terapias específicas, como por exemplo, dispositivos de assistência ventricular e/ou transplante cardíaco (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2018).

Estima-se que 23 milhões de pessoas vivam com Insuficiência Cardíaca globalmente. Embora os índices estejam diminuindo, o número absoluto de pacientes acometidos pela IC tem aumentado drasticamente, por conta das mudanças na distribuição etária global, bem como ao crescimento geral da população (MOZAFFARIAN et al., 2016).

É encontrado na América Latina um perfil distinto, devido suas peculiaridades sociais, econômicas e culturais. Os potenciais fatores de risco são, além dos inúmeros processos fisiopatológicos que favorecem o desenvolvimento da IC, o baixo investimento na saúde, acompanhamento insuficiente nos serviços em nível primário ou terciário e inadequado acesso ao atendimento (BOCCHI et al., 2013).

No Brasil, foi evidenciado que dentre todas as internações causadas por doenças do aparelho circulatório a IC foi responsável por 19% do total, sendo a maior taxa, ultrapassando inclusive o infarto agudo do miocárdio. Além disso, mostrou também que a faixa etária de prevalência mais elevada de hospitalizações por IC foi no intervalo compreendido entre 70-79 anos, responsável por 26,97% dos casos. O sexo masculino foi responsável por 51,27% do total de internações, sendo a maioria (REIS et al., 2016).

Há ainda outro estudo que avaliou o perfil sociodemográfico de morbimortalidade por insuficiência cardíaca no Brasil, em que se observou que a maioria das internações e óbitos ocorriam em pacientes com idade acima de 70 anos (48,19% e 60,86% respectivamente). Além disso, descreve também acerca do sexo que apresenta maior número de hospitalizações e óbitos, sendo o masculino o que apresenta maior número de internações (51,29%) e o feminino o que mais evolui para o óbito (50,53%), no entanto com diferenças mínimas entre eles (SOUZA JUNIOR et al., 2020).

Além disso, dados do registro BREATHE (*Brazilian Registry of Acute Heart Failure*), evidenciaram que a principal causa de re-hospitalizações é a má aderência à terapêutica básica para IC, além de demonstrar alta taxa de mortalidade intra-hospitalar, o que posiciona o Brasil como uma das taxas mais elevadas no ocidente (BOCCHI et al., 2013).

Dentre as principais causas de descompensação da IC, pode-se citar a baixa adesão ao tratamento, tanto farmacológico quanto não farmacológico (SACCOMANN et al., 2014). Tratando-se da má aderência ao tratamento medicamentoso, pode-se ressaltar que entre os pacientes com doenças crônicas, aproximadamente 50% não fazem uso correto dos medicamentos prescritos. Devido à baixa adesão à medicação, ocorre o aumento da morbidade, mortalidade e conseqüentemente dos custos com os pacientes nessas condições. Além disso, soma-se o fato de que a idade avançada é um fator de risco para a má aderência que aumenta ainda mais com a polifarmácia, como é visto nos casos de IC, o que indica crescimento da possibilidade de eventos adversos (BROWN, M.T.; BUSSELL, J.K., 2011).

Há estudos sobre a adesão à medicação que demonstram taxas muito variáveis de adesão entre os pacientes com IC. Um estudo demonstrou que para os IECA/BRA a taxa de aderência estaria em torno de 79%, para os betabloqueadores 65% e para a espirolactona 56% após 05 anos da primeira internação por IC (GISLASON G.H. et al., 2007).

Frente ao que foi exposto até o momento, pode-se enfatizar que por tratar-se de uma síndrome e ser a via final de todas as doenças que acometem o coração, as evidências mais atuais enfatizam quanto à relevância de atividades de educação em saúde no plano de alta desses pacientes, além de diversos exemplos de acompanhamento como o telefônico (BOCHI et al., 2012).

Em uma revisão sistemática foram evidenciados ensaios controlados randomizados que ressaltavam que as educações em saúde podem ser eficazes no gerenciamento do autocuidado no ambiente domiciliar desses pacientes após a alta, o que proporciona melhor qualidade de vida e menores taxas de reinternações. Isso ocorre porque proporciona ao paciente e aos seus familiares informações baseadas em evidências, reforça a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, orienta quanto ao estilo de vida adequado e quanto à progressão da doença, além do momento que deva procurar ajuda profissional. Isso impacta diretamente no prolongamento do tempo de readmissão hospitalar. (PINTO et al., 2019).

Um desses estudos traz que a educação em saúde voltada para a monitorização dos sinais e sintomas da IC configura-se em um dos principais tópicos de abordagem ao realizar o acompanhamento desses pacientes, visto que o enfermeiro deve ter por objetivo o foco em ajudar a formar habilidade nos pacientes e familiares para gerenciar os sintomas provocados por essa doença. Frequentemente esses pacientes relatam sentir dificuldade em identificar os

sinais e sintomas de agravamento do quadro clínico, o que pode culminar em um atraso na busca por um serviço de saúde para a assistência (SELBY; TRUPP, 2009).

Sendo assim, tem-se a educação em saúde como um grande aliado para o enfrentamento das adversidades da IC, por isso as intervenções de enfermagem pautadas em um referencial teórico devem estar voltadas para essa frente. O objetivo principal é fazer com que o paciente compreenda o processo da doença e reconheça precocemente os sinais e sintomas de descompensação além de todos os aspectos referentes à adesão aos cuidados prescritos (GONÇALVES, DE ALBUQUERQUE, 2014; HOEKSTRA et al., 2010; RABELO et al., 2007).

## **2.2 Planejamento da alta: uma ferramenta para a educação em saúde dos pacientes com IC**

A educação em saúde pode ser definida como um processo que intervém na melhoria do conhecimento e habilidades acerca da saúde para, dessa forma, manter uma conduta adequada frente à sua condição de vida. Permeia as atribuições de todos os profissionais da saúde. A ação educativa é um elemento primordial no processo de trabalho assistencial, em particular na atuação da enfermagem (LEITE; PRADO; PERES, 2018).

Esta valoriza a construção do pensamento crítico-reflexivo, além de fomentar o despertar pela luta por direitos à saúde e à melhor qualidade de vida. Dessa forma, pode contribuir de forma significativa na transformação da realidade dos usuários, visto que os coloca no centro das ações que acolhem suas demandas. Sendo assim, permite a criação de possibilidades de conquista de autonomia e aumento do autocuidado, ampliando a compreensão acerca do processo saúde/doença e na capacidade da pessoa lidar com as suas potencialidades (HERMIDA et al., 2016; FALKENBERG et al., 2014).

Educação sobre IC envolve um complexo tratamento e diversas alterações no estilo de vida dos pacientes que apresentam esse quadro clínico, assim como seus familiares, exigindo uma investigação permanente da equipe de saúde (LESSA; FROSSARD; QUELUCI, 2010).

Um estudo norte-americano demonstrou que a educação e intervenção com apoio telefônico realizado pelo enfermeiro após a alta hospitalar reduziram as taxas de readmissões ou morte e gastos para os sistemas de saúde de pacientes com IC (KRUMHOLZ et al., 2002). No âmbito nacional, foi realizado um ensaio clínico randomizado que demonstrou que a intervenção educativa realizada pelos enfermeiros durante a internação hospitalar traz

melhora do autocuidado, conhecimento sobre a IC e da qualidade de vida para pacientes com IC, independente do contato telefônico após a alta (RABELO et al., 2007).

Sendo assim, pode-se perceber que no processo da alta do hospital ocorre a transição dos cuidados do paciente do ambiente hospitalar para outros contextos de saúde, e pode ser um momento frágil para a segurança do paciente. É frequente após a alta o surgimento de eventos adversos como erros de medicação, uso de serviços de emergência e reinternações. Por isso, é de suma importância assegurar a continuidade dos cuidados no domicílio (MIXON et al., 2014; WEEKS et al., 2018).

O planejamento da alta pode ser definido como um conjunto de ações destinadas a garantir a coordenação e a continuidade do cuidado na transferência do indivíduo entre diferentes setores ou serviços de saúde (COLEMAN; BOULT, 2003). Trata-se de uma importante ferramenta para garantir o cuidado integral durante a hospitalização e no pós-alta hospitalar e propicia o aumento do uso dos serviços de atenção primária e a diminuição de reinternações hospitalares (WEEKS et al., 2018; DELISLE, 2013; DUSEK et al., 2015).

A preparação para a alta hospitalar precisa ser trabalhada desde a admissão, para que possam ser previstos encaminhamentos e contato com unidades de saúde de referência do paciente para manutenção do cuidado domiciliar e realização de um planejamento interdisciplinar e holístico (CHEADE et al., 2013).

Dessa forma, frente às possibilidades que a Enfermagem traz para a prática clínica, pode-se citar o planejamento, uma das fases do Processo de Enfermagem, que se destaca como aquela que confere a base para a práxis de cuidados. Ele pode ajudar a transformar a realidade junto ao indivíduo assistido, ao permitir uma prescrição de cuidados baseada em evidências. Dentre as ações possíveis relacionadas ao planejamento, pode ser destacado o plano de alta, um dispositivo essencial à continuidade do cuidado em domicílio (NUNES; MENEZES FILHO, 2016).

A adesão a essa ferramenta reduz recorrentes hospitalizações através da comunicação mais eficaz, segurança no uso dos medicamentos e melhor compreensão do binômio pessoa-família para organizar o cuidado e as condições próprias que normalmente precipitam readmissão. Assim, tem-se investido em estudos que consigam definir melhor o papel dos serviços de tecnologia da informação, apoio ao cuidador e parcerias com a comunidade (KRIPALANI et al., 2014).

O enfermeiro tem papel fundamental nessa transição do cuidado hospitalar para o domicílio e desenvolve atividades no planejamento de cuidados para a alta, auxilia na reabilitação social, promove educação em saúde, articula a comunicação com os demais serviços de saúde e, por vezes, acompanha o paciente após a alta (WEBER et al., 2017; DUNN; ROGERS, 2016; THOMA; WAITE, 2017).

Através da atuação desse profissional, a hospitalização torna-se um momento de aprendizado, com troca de conhecimento entre paciente, família e profissional de saúde. Dessa forma, no planejamento da alta, podem ser desenvolvidas ações que objetivem além dos problemas de saúde mais agudos, como fornecer informações precisas e significativas para o autogerenciamento e o autocuidado e, assim, contribuir para o retorno ao domicílio e ao convívio familiar e social (DELATORRE et al., 2013).

No entanto, percebe-se que talvez exista distância entre o que a literatura preconiza que deveria ser realizado e o que é a prática clínica cotidiana do enfermeiro na transição do cuidado do paciente. Observa-se no geral que, na prática, o processo realizado frente à alta é desorganizado e a atuação da equipe restringe-se em retirar dispositivos invasivos e fornecer rapidamente orientações simplórias e gerais, acerca do estado de saúde, e desconsidera as necessidades individuais de cada paciente. Diversos são os fatores que influenciam e dificultam o envolvimento do enfermeiro na transição do cuidado e isso inclui: dedicação para as atividades administrativas, sobrecarga de trabalho e falta de tempo, comunicação ineficaz entre os profissionais da equipe e falta de suporte e estrutura no sistema de saúde (NUNES; MENEZES FILHO, 2016).

Dessa forma, espera-se que a existência de protocolos, guias ou instrumentos sistematizados baseados em evidências possam ajudar na padronização dos cuidados para a alta do paciente e instrumentalizem os profissionais da enfermagem para realizar uma transição do cuidado segura e precisa para o paciente e seus familiares. Sendo assim, estas ferramentas podem contribuir para melhorar a qualidade de vida e excelência no atendimento, culminar em uma maior adesão ao tratamento proposto com segurança no ambiente domiciliar, mas ainda são poucas instituições que apresentam essa estratégia (DELATORRE et al., 2013; NUNES; MENEZES FILHO, 2016; ACOSTA et al., 2018).

### 2.3 Linguagem padronizada de Enfermagem para o cuidado na IC

Há na enfermagem um instrumento de trabalho para o enfermeiro embasar as tomadas de decisões clínicas que é o processo de enfermagem (PE). É constituído de cinco etapas interdependentes e inter-relacionadas, sendo elas: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação. Através do PE é previsto que a assistência seja pautada na avaliação do paciente, o que ofertará dados para a identificação dos diagnósticos de enfermagem (DE). A partir dessas informações torna-se possível traçar as intervenções de enfermagem, cujos resultados que impactam na saúde das pessoas deverão ser avaliados (POLIT; BECK, 2011).

A introdução do processo de enfermagem formalmente na profissão ocorreu na década de 1950. No Brasil, iniciou-se a implementação a partir da década de 1970, enquanto no Reino Unido e Estados Unidos estava consolidada nesse período (ROSSI, CASAGRANDE, 2001). O contexto histórico-social e os avanços da ciência na enfermagem influenciaram diretamente na ênfase dada a cada etapa do PE em determinados períodos, o que evidencia que o significado a ele atribuído e a sua utilização na prática assistencial são dinâmicos (GARCIA, NÓBREGA, 2009).

O PE é considerado um instrumento que subsidia o raciocínio clínico na enfermagem, sendo assim, para conseguir documentá-lo de forma adequada, organizada e padronizada, são utilizados os sistemas de linguagem padronizados (PESUT, 2004). Há diversas terminologias de enfermagem reconhecidas pela *American Nurses Association* (ANA), entre elas podem-se citar a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), o inventário vocabular resultante do projeto da Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC), a taxonomia *North American Nursing Diagnosis Association - International* (NANDA-I), a *Nursing Interventions Classification* (NIC) e a *Nursing Outcomes Classification* (NOC) (CARVALHO et al., 2012).

Pode-se classificar terminologia como um “conjunto de palavras técnicas pertencentes a uma ciência, um autor, uma arte ou grupo social”. As terminologias são classicamente linguagens especializadas que organizam os termos utilizados em uma área técnica ou científica e preocupam-se com a descrição dos objetos em seus detalhes, de tal forma que um objeto não seja confundido com outro (GALVÃO, 2015).

É importante considerar que a área da saúde tem características híbridas e devem ser destacadas as características específicas quando necessário e, por isso, podem ser tratados

todos os tipos de linguagens de especialidades como terminologias clínicas. Esta última define-se como um conjunto padronizado de sinônimos e termos utilizados no registro clínico do paciente com um detalhamento suficiente para embasar o processo de cuidado, o suporte à decisão clínica, à pesquisa clínica e a melhoria da qualidade da assistência à saúde (ABDELHAK; GROSTICK; HANKEN, 2014).

Sendo assim, a linguagem padronizada representa os conhecimentos acerca da ciência da Enfermagem e facilita a comunicação entre os enfermeiros e com outros profissionais da saúde sobre “o que” torna a nossa ciência singular. O uso de terminologias padrões em nossas interações com os pacientes e seus familiares pode auxiliá-los a entender os assuntos que são focos da Enfermagem e envolver os indivíduos no seu processo de cuidado (NANDA, 2018).

Por isso, as intervenções realizadas pelo enfermeiro destinadas ao paciente com IC devem estar baseadas, além das evidências científicas, em sistemas de classificação de enfermagem. Podem-se destacar os Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I e a classificação *Nursing Interventions Classification* (NIC) (CARVALHO et al., 2012).

A NANDA-I busca ser um sistema de classificação de enfermagem que visa o desenvolvimento e utilização de padronização nas terminologias de enfermagem para proporcionar uma melhor assistência à saúde de todos. Oferece diagnósticos para nortear a prática clínica dos enfermeiros, baseada em evidências científicas e para a determinação de intervenções e resultados (NANDA, 2018).

A *Nursing Interventions Classification* foi criada no ano de 1987 e conta até o momento com seis edições e aproxima-se de 30 anos de experiência com a padronização da linguagem em enfermagem. Vale pontuar que as publicações anteriores foram nos anos 1992, 1996, 2000, 2004 e 2008, sendo a sexta edição de 2016. A NIC é organizada com uma estrutura de fácil utilização que se divide entre domínios, classes, intervenções e atividades, sendo que todos esses tópicos possuem definições para manter a coerência e coesão na Classificação (DOCHTERMAN; BULECHEK, & BUTCHER).

Faz-se necessário ainda definir os termos “intervenção” e “atividade” de enfermagem visto que são conceitos comumente utilizados como sinônimos, no entanto, há diferenças importantes entre eles. As intervenções de enfermagem podem ser qualquer tratamento que o enfermeiro execute baseado em conhecimento e julgamento clínico para intensificar os resultados do paciente. Estas incluem tanto a assistência direta, como a indireta, aquelas voltadas para o indivíduo, comunidade e famílias. Enquanto, as atividades de enfermagem

permeiam o nível concreto da ação e foca no comportamento da enfermagem, visto que se relacionam com as ações ou condutas específicas para implementar uma intervenção. Tem-se então que várias atividades são necessárias para efetivas uma intervenção (DOCHTERMAN; BULECHEK, & BUTCHER).

A NIC inclui intervenções que os enfermeiros realizam, independentes ou colaborativas, de cuidado direto ou indireto. Uma intervenção é caracterizada como todo tratamento baseado no julgamento e no conhecimento clínico que um enfermeiro realiza para melhorar os resultados do paciente. Pode ser utilizada nos mais diversos ambientes, desde a terapia intensiva até os cuidados domiciliares e abrange todas as especialidades. Além disso, inclui aspectos fisiológicos e psicossociais. Estão inclusas também as intervenções voltadas para o tratamento de doenças, prevenção de doenças e promoção da saúde (DOCHTERMAN; BULECHEK, & BUTCHER, 2010).

Neste sistema de classificação, os títulos e as definições são partes padronizadas da intervenção e por isso não devem ser modificadas. Isso facilita a comunicação entre diferentes locais e a comparação de resultados. As atividades de cuidado, no entanto, podem ser modificadas e devem ser individualizadas (DOCHTERMAN; BULECHEK, & BUTCHER, 2010). Por conta disso, apesar do plano de alta servir de base para a assistência clínica de enfermagem ao paciente com IC, vale ressaltar que cada indivíduo demanda cuidados específicos e isto deve ser levado em conta no processo da alta hospitalar.

#### **2.4 Modelo Teórico do Autocuidado de Dorothea Orem**

O modelo teórico adotado como referencial teórico na construção do instrumento de alta hospitalar foi a teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, devido aos seus pressupostos que se adequam ao objetivo deste estudo. Esse modelo teórico define autocuidado como sendo a prática de atividades para a manutenção da vida, saúde e bem-estar, realizada pelo próprio indivíduo em seu benefício próprio. Sendo assim, é possível perceber que há grande proximidade do modelo referido com a assistência às pessoas com Insuficiência Cardíaca (FOSTER & BENNET, 2000).

Esse modelo proposto por Orem não é apenas uma teoria isolada, mas sim um composto de três teorias inter-relacionadas, um paradigma teórico: Teoria do Autocuidado, Teoria do Déficit de Autocuidado e Teoria dos Sistemas de Enfermagem, sendo a segunda a sua teoria geral.

Para compreender a teoria do autocuidado deve-se atentar ao conhecimento de alguns conceitos, como: autocuidado, ação de autocuidado, fatores condicionantes básicos e demanda terapêutica de autocuidado (OREM & TAYLOR, 2011).

- Autocuidado: prática individual de atividades realizadas em benefício próprio com o intuito de manter a vida, a saúde e o bem-estar;
- Ação de autocuidado: capacidade do indivíduo de engajar-se nessas atividades;
- Fatores condicionantes básicos: são fatores que podem afetar as ações de autocuidado - sexo, idade, estado de desenvolvimento, orientação sociocultural, estado de saúde, fatores do sistema de atendimento de saúde, do sistema familiar, fatores ambientais e padrões de vida;
- Demanda terapêutica de autocuidado: compreende o total de ações de autocuidado a serem realizadas com alguma duração para sanar exigências conhecidas desta ação (OREM & TAYLOR, 2011).

Além disso, há três categorias de autocuidado que podem ser caracterizadas como ações direcionadas à provisão do autocuidado, de acordo com os requisitos abaixo citados:

- **Requisitos universais de autocuidado:** são comuns a todos os seres humanos durante os estágios da vida e estão relacionados com o processo e integridade da estrutura e do funcionamento vital. Podem ser citados como, por exemplo, a manutenção de ingestão adequada de alimentos, água e ar, provisão de cuidados associados aos processos de eliminação, solidão e interação social, manutenção do equilíbrio entre repouso e atividade, prevenção dos perigos aos quais é exposta a vida humana e a promoção do desenvolvimento do sujeito dos grupos sociais;
- **Requisitos de autocuidado nos desvios da saúde:** tem referência aos cuidados relacionados a um problema de saúde identificado ou diagnosticado com intenção de reabilitação, recuperação e controle. Dentre os requisitos em condições de doença ou de lesão, temos (OREM, 2001; SILVA *et al.*, 2011):
  - Buscar e garantir assistência médica apropriada;
  - Estar consciente e levar em conta os efeitos e resultados dos estados e condições patológicas;
  - Realizar as medidas prescritas diagnósticas, terapêuticas e de reabilitação efetivamente;

- Conhecer e regular os efeitos desconfortáveis e deletérios das medidas de cuidados prescritos;
- Aceitar estar em um determinado estado de saúde, em necessitar de formas específicas de atendimento de saúde;
- Aprender a viver com os efeitos das condições e estados patológicos e, também, com as consequências no estilo de vida do diagnóstico médico e das medidas de tratamento, propiciando desenvolvimento pessoal (OREM, 2001; SILVA *et al.*, 2011).

Diferentemente da teoria do autocuidado em que Orem (2001) explica as suas definições, listando fatores que influenciam na sua provisão, na teoria do déficit do autocuidado é tratado acerca dos momentos em que a enfermagem é necessária para auxiliar o sujeito a providenciar o autocuidado. O elemento central da teoria é o conceito de déficit de autocuidado, visto que expressa e delinea a razão pela qual as pessoas precisam da enfermagem. Esse conceito é verificado através da relação entre a capacidade de autocuidado e as demandas de autocuidado, ou seja, quando a demanda terapêutica excede a capacidade de autocuidado do indivíduo, caracteriza-se o déficit de autocuidado, na qual se insere a atuação da enfermagem (ALLISON, 2007).

Nos casos em que foi evidenciado o déficit do autocuidado, a(o) enfermeira(o) pode utilizar um dos cinco métodos de ajuda que foram evidenciados por Orem (2001), sendo que o profissional pode ajudar o indivíduo usando um ou todos esses métodos, com a intenção de proporcionar assistência com autocuidado:

- Agir ou fazer para o outro;
- Orientar o outro;
- Apoiar o outro física e psicologicamente;
- Proporcionar um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal;
- Ensinar o outro.

Nesta teoria do déficit do autocuidado, o significado de enfermagem está delimitado para com a existência do déficit, sendo este o foco da atuação do profissional de enfermagem (OREM, 2011).

Na teoria dos sistemas de enfermagem, a terceira teoria de Orem (2001), determina as necessidades do paciente de autocuidado que precisarão ser preenchidas pelas ações do enfermeiro, do próprio paciente ou de ambos. A atividade de enfermagem é descrita como um

atributo de indivíduos treinados que conhecem e auxiliam os outros a completar suas demandas terapêuticas de autocuidado; sendo assim, análoga à ação de autocuidado. Entretanto, elas são distintas no sentido de que a atividade de enfermagem é realizada para o bem-estar dos outros e a ação de autocuidado é exercida em benefício próprio.

Dessa forma, as ações de enfermagem que serão desenvolvidas, estão fundamentadas nas necessidades definidas pela teórica que são classificadas nos três diferentes sistemas de enfermagem (OREM & TAYLOR, 2011):

- **Sistema totalmente compensatório:** devido à incapacidade do paciente em engajar-se nas ações de autocuidado, o enfermeiro as realiza, apoiando e protegendo-o. Podem estar presentes nesse sistema pacientes com limitações físicas, por exemplo, que apresentam fraturas vertebrais ou limitações cognitivas, como as pessoas com deficiências mentais;
- **Sistema parcialmente compensatório:** há alternância no desempenho do papel de principal agente das ações entre o enfermeiro e o paciente, sendo assim uma ação bilateral para a satisfação dos requisitos de autocuidado. Enquanto o enfermeiro realiza as atividades de autocuidado que são limitadas ao paciente, este realiza as ações que lhe são possíveis. Pode-se exemplificar esse sistema com os pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos.

**Sistema de apoio-educação:** nesse sistema, o enfermeiro deve esforçar-se para promover ao paciente a possibilidade de ser agente de autocuidado, fornecendo-lhe apoio e informações suficientes. Ou seja, o enfermeiro apoia o autocuidado, mas é o próprio paciente que realiza a ação, visto que ele possui aptidões e não tem dificuldade em desempenhá-las. Os jovens que buscam informações para evitar gravidez ou ainda adultos com doenças crônicas que precisam de informações para evitar complicações, são exemplos desse sistema (OREM & TAYLOR, 2011).

Sendo assim, a *competência do indivíduo para o autocuidado* é caracterizada pela capacidade de diferenciar fatores que devem ser administrados ou controlados, a fim de monitorar seu próprio desenvolvimento e funcionamento, é o que o fará decidir sobre o que pode e deve ser feito, frente ao desenvolvimento de ações de cuidado que atendem os requisitos de autocuidado no decorrer do tempo. Em contrapartida, a *competência da enfermagem* é a habilidade do profissional enfermeiro para identificar e ajudar os outros, no entendimento de suas demandas terapêuticas de autocuidado, suprimindo-as quando necessário e

visando a organização do desenvolvimento da competência para o autocuidado (OREM & TAYLOR, 2011).

Os conceitos trazidos por Orem (2001) sobre o autocuidado são contemporâneos aos conceitos de manutenção e promoção da saúde, visto que preveem ações de educação e promoção, além de estimular a responsabilização do paciente pelo seu próprio cuidado com a saúde. É uma teoria que tem como pontos fortes a ampla aplicabilidade e o relevante embasamento compreensivo para a prática de enfermagem, sendo útil nas diversas áreas: pesquisa, sistemas de informação de enfermagem, educação, prática clínica, administração, entre outros (FOSTER & BENNET, 2000).

A Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem é universal, mas mostra-se relevante ao ser utilizada em pesquisas de enfermeiros, na observação e modificação da prática, para o ensino e aprendizagem da Enfermagem, além do desenvolvimento e validação do conhecimento (RAIMONDO et al., 2012). Após refletir acerca dos conceitos apresentados por esse modelo, foi ponderada a possibilidade e relevância de utilizá-lo na construção de um plano de alta hospitalar de enfermagem para pacientes com Insuficiência Cardíaca, a fim de promover o autocuidado desse público após a saída do ambiente hospitalar e retomada das atividades cotidianas.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

✓ Validar um plano de alta hospitalar de enfermagem elaborado para orientação de pacientes com Insuficiência Cardíaca.

#### **3.2 Específicos**

✓ Elaborar uma revisão integrativa que embase a construção do plano de alta hospitalar de enfermagem.

✓ Construir o plano de alta hospitalar;

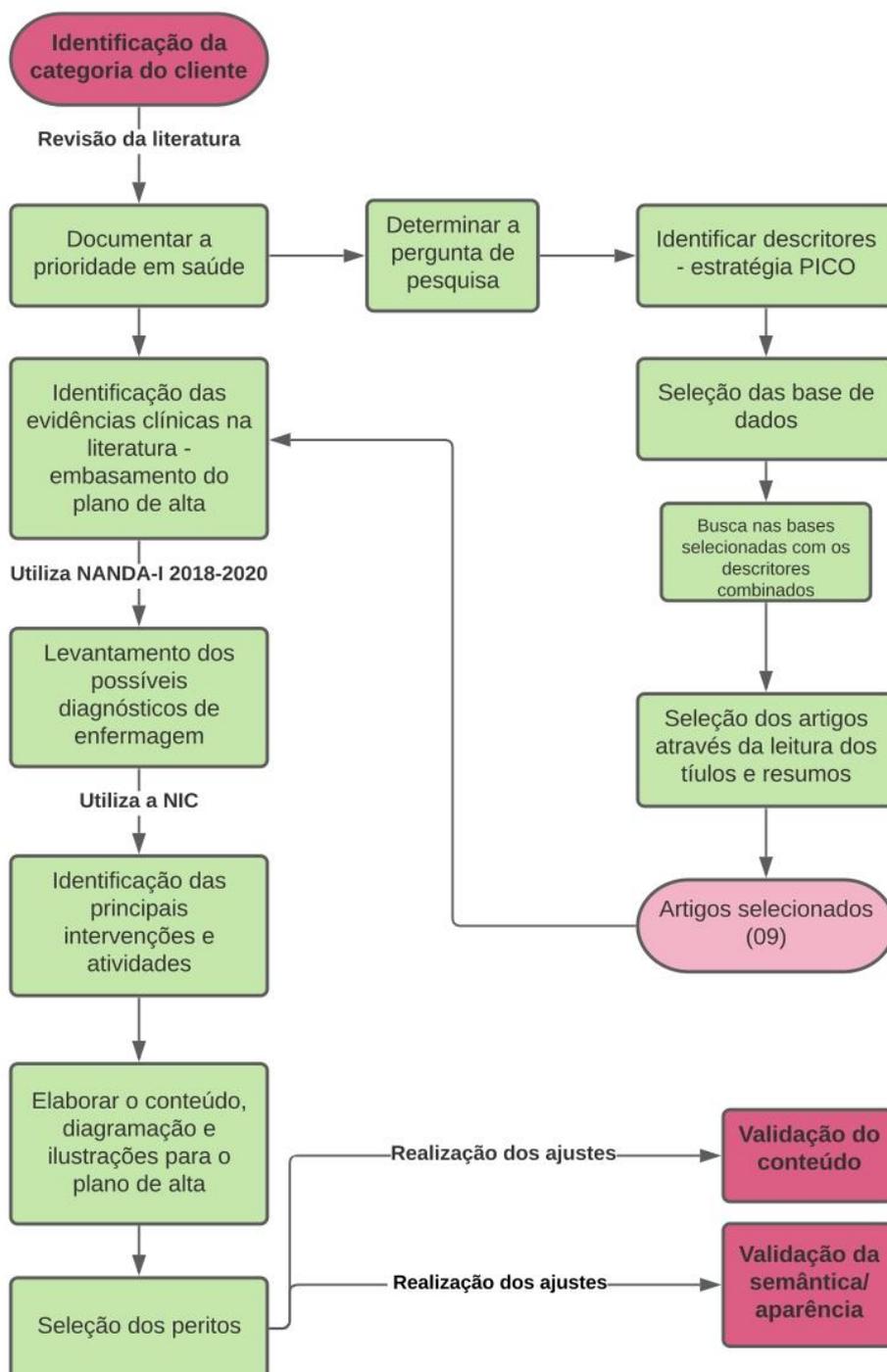
✓ Validar o conteúdo e a aparência do plano de alta hospitalar.

## **4 MATERIAIS E MÉTODOS**

### **4.1 Tipo do estudo**

Essa pesquisa é de desenvolvimento metodológico que se propõe a construir e validar um plano de alta hospitalar de enfermagem para pacientes com IC quanto ao conteúdo e aparência. O investigador se preocupa com o desenvolvimento, a validação e a avaliação de estratégias ou ferramentas metodológicas. A maior parte desses estudos é focada no desenvolvimento de novos instrumentos (POLIT; BECK, 2011). Para realizar esse estudo, foram percorridas algumas etapas que estão descritas nos próximos tópicos e sintetizadas na figura 1.

**Figura 1** – Fluxograma com as etapas e procedimentos da pesquisa



Fonte: elaborado pela própria pesquisadora, 2021.

## 4.2 Procedimento metodológico

Para melhor entendimento do caminho metodológico percorrido, as etapas do fluxograma são descritas a seguir:

### **Etapa 1: identificar a categoria do cliente**

A etapa 1 é representada pela escolha da população alvo e da prioridade em saúde desse estudo. Os sujeitos desse estudo são representados pelos pacientes com insuficiência cardíaca que foram internados e receberam alta hospitalar, necessitando assim de um plano de alta de enfermagem voltado ao autocuidado.

### **Etapa 2: Realizar levantamento de dados na literatura**

Essa etapa consistiu na realização da revisão integrativa que foi desenvolvida de acordo com as seguintes etapas: definição da pergunta norteadora (problema); escolha dos critérios de inclusão e exclusão (seleção da amostra); seleção dos descritores, análise dos estudos primários, síntese e apresentação dos resultados. A pergunta que norteou esse levantamento foi a seguinte: “Quais as evidências disponíveis na literatura sobre a atuação/participação da enfermagem na elaboração de um plano de alta para pacientes com IC?”.

Para sua construção foi utilizada a estratégia PICO (REFERE), na qual “P” (população) referiu-se aos pacientes com IC, “I” (intervenção) relacionou-se ao plano de alta hospitalar, “C” (comparação) não se aplicou e “O” (desfecho esperado) foi à atuação/participação da enfermagem.

Quanto aos critérios de inclusão e exclusão, foram determinados considerando a questão norteadora mediante estratégia PICO. Foram incluídos artigos contendo textos completos, nos idiomas inglês, espanhol e português e foram excluídos os estudos que tenham outro foco que não a IC e a participação da enfermagem, que não aborde o processo de alta hospitalar. A consulta englobou todos os estudos publicados até 2019.

A revisão foi realizada no período de junho a julho de 2020. As buscas foram realizadas nos meses de junho/julho em sete bases de dados, sendo elas: *PubMed*, *Web of Science*, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)*, Base de Dados de Enfermagem (BDENF), *Embase*, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scopus*. A estratégia de busca adotou os termos dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) em três idiomas e foram utilizados

descritores controlados da Medical Subject Headings Section (MeSH), palavras-chave, sinônimos e operadores booleanos, conforme tabela 1.

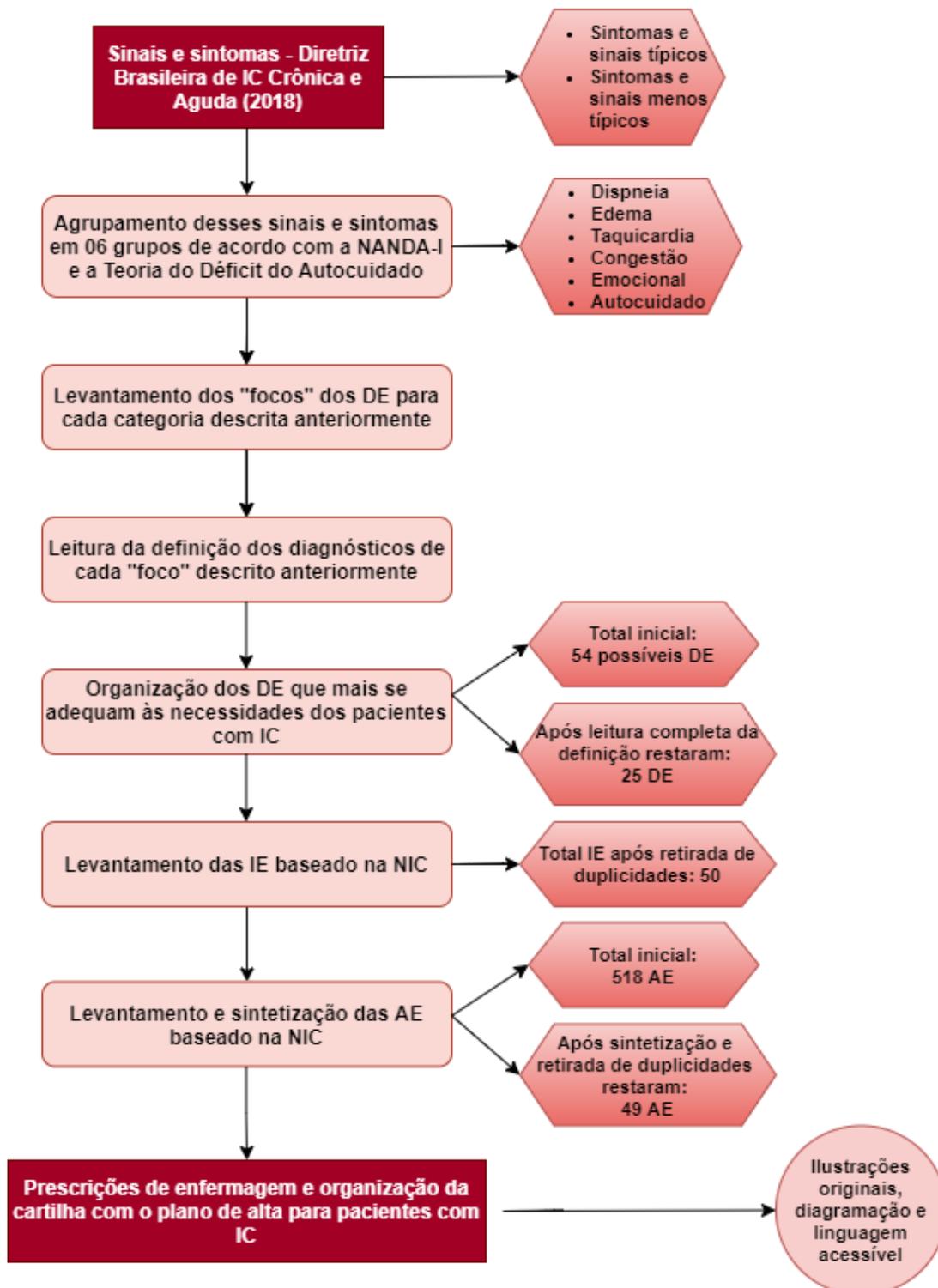
**Tabela 1** - Estratégia de busca utilizada nas bases de dados. São Cristóvão, SE, Brasil, 2020

<b>PICO</b>	<b>Descritores</b>
P – “Insuficiência cardíaca” OR Insuficiência Cardíaca Congestiva	
I – “Alta do paciente” OR Alta Hospitalar OR Alta do Hospital OR Planejamento da Alta	
O – “Cuidados de Enfermagem” OR Assistência de Enfermagem OR Atendimento de enfermagem	

### **Etapa 3: Elaboração do plano de alta hospitalar de enfermagem**

Durante essa etapa, a partir do resultado da revisão integrativa e baseado nos sinais e sintomas clínicos trazidos pela Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Aguda e Crônica foi possível o levantamento dos principais diagnósticos de enfermagem encontrados através da NANDA-I 2018-2020. Na sequência, foram selecionadas as principais intervenções e atividades de enfermagem primordiais para o processo de autocuidado após alta hospitalar do paciente com IC, através do sistema de classificação NIC. O caminho metodológico percorrido nessa etapa está exemplificado na figura 2 e descrito logo após.

**Figura 2** - Fluxograma da elaboração do plano de alta hospitalar de enfermagem para pacientes com IC. São Cristóvão, SE, Brasil, 2021.



Fonte: elaborado pela própria pesquisadora.

Sendo assim, podemos descrever a etapa da escolha dos diagnósticos de enfermagem da seguinte maneira:

1. Seleção dos principais sinais e sintomas elencados a partir da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda – foram levantadas as principais manifestações clínicas que os pacientes com IC apresentam e foram divididos em sinais e sintomas típicos e menos típicos como pode ser visto no quadro 2 abaixo.

**Quadro 2** – Principais manifestações clínicas, segundo a Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca e Aguda (2018).

<b>SINTOMAS TÍPICOS</b>	<b>SINAIS TÍPICOS</b>
Falta de ar/dispneia	Pressão venosa jugular elevada
Ortopneia	Refluxo hepatojugular
Dispneia Paroxística Noturna	Terceira bulha cardíaca
Fadiga/cansaço	Impulso apical desviado para esquerda
Intolerância ao exercício	-
<b>SINTOMAS MENOS TÍPICOS</b>	<b>SINAIS MENOS TÍPICOS</b>
Tosse noturna	Crepitações pulmonares
Ganho de peso	Taquicardia
Dor abdominal	Hepatomegalia e ascite
Perda de apetite e perda de peso	Extremidades frias
Noctúria e oligúria	Edema periférico

2. Agrupamento dos sinais e sintomas em 06 grupos principais de acordo com a NANDA-I e a Teoria de Dorothea Orem do Déficit do Autocuidado: considerando o levantamento realizado anteriormente acerca das manifestações clínicas, foi possível organizá-las em 06 grupos de acordo com o sistema de classificação utilizado para definir os diagnósticos de enfermagem e pela influência da teoria de enfermagem que embasa a construção do plano de alta. Dessa forma, é possível distribuir os sinais e sintomas da maneira descrita no quadro 3 abaixo.

**Quadro 3** – Agrupamento dos sinais e sintomas de acordo com a taxonomia NANDA-I e a Teoria de Dorothea Orem do Déficit do Autocuidado.

<b>GRUPOS</b>	<b>SINAIS E SINTOMAS</b>
<b>Dispneia</b>	Falta de ar /dispneia/ ortopneia/ dispneia paroxística noturna/ fadiga/ cansaço/ intolerância ao exercício
<b>Edema</b>	Ganho de peso/ edema periférico/ extremidades frias/ noctúria e oligúria
<b>Taquicardia</b>	Pressão venosa jugular elevada/ impulso apical desviado para esquerda
<b>Congestão</b>	Tosse noturna/ ganho de peso/ creptações pulmonares/ hepatomegalia e ascite/ dor abdominal/ 3ª bulha cardíaca
<b>Emocional</b>	Ganho de peso/ Fadiga/cansaço/ Perda de apetite e perda de peso
<b>Autocuidado</b>	Edema periférico/ Ganho de peso / Intolerância ao exercício

3. Levantamento dos focos dos diagnósticos de enfermagem para cada categoria descrita anteriormente de acordo com a organização da NANDA-I: nesta etapa, foram levantados os principais focos da NANDA-I que se adequariam a cada uma das seis categorias delimitadas na etapa 2. Dessa forma, seria possível posteriormente direcionar a escolha dos diagnósticos de enfermagem que se adequariam melhor às necessidades do paciente com IC.

**Quadro 4** – Levantamento dos principais “focos” da taxonomia NANDA-I para as 06 categorias (dispneia, edema, taquicardia, congestão, emocional e autocuidado).

<b>GRUPO</b>	<b>FOCOS DOS DIAGNÓSTICOS DA NANDA-I [continua]</b>
<b>Dispneia</b>	Ventilação espontânea/ Troca de gases/ Tolerância à atividade/ Padrão respiratório/ Fadiga/ Desobstrução das vias aéreas
<b>Edema</b>	Perfusão tissular/ Nutrição equilibrada/ Equilíbrio eletrolítico/ Eliminação
<b>Taquicardia</b>	Pressão arterial estável/ Débito cardíaco/ Choque/ Boca seca/ Ansiedade
<b>Congestão</b>	Volume de líquidos/ Volume de líquidos equilibrado

<b>GRUPO</b>	<b>FOCOS DOS DIAGNÓSTICOS DA NANDA-I [conclusão]</b>
<b>Emocional</b>	Tristeza/ Sono/ Sofrimento espiritual/ Síndrome do estresse por mudança/ Saúde/ Religiosidade/ Resiliência/ Relacionamento/ Processos familiares/ Padrão de sono/ Negação/ Manutenção da saúde/ Imagem corporal/ Identidade pessoal/ Função sexual/ Estresse / Esperança/ Enfrentamento/Controle da saúde/ Controle emocional/ Conflito no papel/ Comportamento de saúde/ Capacidade adaptativa/ Bem-estar espiritual/ Autoestima/ Autoconceito/
<b>Autocuidado</b>	Nutrição/ Estilo de vida /Autocuidado/ Autocuidado para alimentação/ Autocuidado para banho/ Autocuidado para higiene íntima/ Autocuidado para vestir-se

4. Organização dos diagnósticos de enfermagem: após a etapa do levantamento dos focos, foi possível direcionar a escolha dos diagnósticos de enfermagem que mais se adequam às necessidades do público-alvo do plano de alta. Sendo assim, foram levantados 54 diagnósticos de enfermagem possíveis de serem aplicados. Porém, após a leitura da definição completa que a NANDA-I descreve para cada um deles, resultou em 25 diagnósticos de enfermagem que direcionaram a escolha das intervenções e prescrições de enfermagem que constam no plano de alta para os pacientes com IC. Os diagnósticos escolhidos constam no quadro 5 abaixo.

**Quadro 5** – Seleção final dos diagnósticos de enfermagem prioritários para os pacientes com insuficiência cardíaca, segundo a taxonomia NANDA-I.

<b>GRUPO</b>	<b>DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM [continua]</b>
<b>Dispneia</b>	Padrão respiratório ineficaz relacionado à fadiga/ fadiga da musculatura acessória/ hiperventilação evidenciado por uso da musculatura acessória para respirar/ taquipneia/ padrão respiratório anormal/ ortopneia/dispneia/ assumir posição de três pontos

GRUPO	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM [continua]
	<p>Intolerância à atividade relacionada a desequilíbrio entre a oferta e a demanda de oxigênio/ estilo de vida sedentário evidenciado por desconforto ao esforço/ dispneia ao esforço/ fadiga/ resposta anormal da frequência cardíaca à atividade</p> <p>Troca de gases prejudicada relacionada a desequilíbrio na relação ventilação-perfusão evidenciado por dispneia/ padrão respiratório anormal/ taquicardia</p> <p>Ventilação espontânea prejudicada relacionado a fadiga da musculatura respiratória evidenciado por aumento da frequência cardíaca/ dispneia/ uso aumentado da musculatura acessória/ volume corrente diminuído</p>
<b>Edema</b>	<p>Eliminação urinária prejudicada relacionada à doença cardíaca crônica (às múltiplas causas) evidenciada por oligúria</p> <p>Risco de desequilíbrio eletrolítico relacionado a volume de líquidos excessivo</p> <p>Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída relacionada a conhecimento insuficiente sobre os fatores modificáveis</p> <p>Perfusão tissular periférica ineficaz relacionada a conhecimento insuficiente sobre o processo da doença/ estilo de vida sedentário evidenciado por edema/ tempo de enchimento capilar &gt; 3 segundos</p>
<b>Taquicardia</b>	<p>Ansiedade relacionada à ameaça de morte/ameaça a condição atual evidenciada por aumento da frequência cardíaca/Alteração no padrão respiratório/Excitação cardiovascular</p> <p>Débito cardíaco diminuído relacionado à insuficiência cardíaca (fatores relacionados a serem desenvolvidos) evidenciada por edema/ ganho de peso/ fadiga/ dispneia</p> <p>Risco de pressão arterial instável associado à inconsistência com o regime medicamentoso/ absorção e distribuição rápida de agente diurético/ retenção de líquidos</p>

GRUPO	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM [continua]
<b>Congestão</b>	<p>Risco de volume de líquidos desequilibrado relacionado à doença cardíaca crônica</p> <p>Volume de líquidos excessivo relacionado à entrada excessiva de líquidos evidenciada por alteração na pressão arterial/ congestão pulmonar/ dispneia/ dispneia paroxística noturna/ edema/ ganho de peso em um curto período de tempo/ oligúria/ ortopneia/ presença de 3ª bulha cardíaca (B3)</p>
<b>Emocional</b>	<p>Disposição para autoconceito melhorado evidenciado pela aceitação das limitações</p> <p>Comportamento de saúde propenso a risco relacionado à percepção negativa da estratégia recomendada de cuidados de saúde evidenciados por minimização das mudanças no estado de saúde/Não aceitação da mudança no estado de saúde</p> <p>Controle ineficaz da saúde relacionado à dificuldade de controlar um regime de tratamento complexo/conhecimento insuficiente sobre o regime terapêutico evidenciado por falha em incluir o regime de tratamento na vida diária/ falha em agir para reduzir fatores de risco/ dificuldade com o regime prescrito</p> <p>Disposição para enfrentamento melhorado evidenciado pela expressão do desejo de aumentar o uso de estratégias voltadas ao problema</p> <p>Manutenção ineficaz da saúde relacionado a Estratégias de enfrentamento ineficazes evidenciado por ausência de interesse em melhorar comportamentos de saúde/ Conhecimento insuficiente sobre práticas básicas de saúde</p> <p>Negação ineficaz relacionado à medo de perda da autonomia/ estratégias de enfrentamento ineficazes evidenciado por minimização dos sintomas/ não admitir o impacto da doença na vida/ retardar a procura de assistência à saúde/ Utiliza tratamento não aconselhado pelo profissional de saúde</p> <p>Síndrome do estresse por mudança relacionado a aconselhamento insuficiente anterior à partida/ estratégias de enfrentamento ineficazes/ mudança de um ambiente para outro evidenciado por ansiedade/ aumento dos sintomas físicos/ preocupação quanto à mudança</p>

GRUPO	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM [conclusão]
<b>Autocuidado</b>	<p>Disposição para melhora do autocuidado evidenciado pelo desejo de aumentar o conhecimento sobre estratégias de autocuidado</p> <p>Estilo de vida sedentário relacionado ao conhecimento insuficiente sobre os benefícios à saúde associados ao exercício físico evidenciado por média de atividade física diária inferior à recomendada para idade e sexo/ Falta de condicionamento físico</p> <p>Disposição para nutrição melhorada evidenciada por expressão de desejo de melhorar a nutrição</p>

5. Levantamento das principais intervenções de enfermagem de acordo com os diagnósticos de enfermagem: após esse percurso metodológico, se tornou possível realizar o levantamento das intervenções de enfermagem utilizando o sistema de classificação NIC.

Dessa forma, foram identificadas previamente 100 IE e após a retirada das duplicidades, foi possível identificar elucidar 50 IE, sendo elas: aconselhamento, aconselhamento nutricional, administração de medicamentos: oral, apoio emocional, assistência na automodificação, atribuição de mérito, contrato com o paciente, controle da nutrição, controle de eletrólitos, controle de medicamentos, controle do ambiente: preparo do lar, controle do choque: cardiogênico, controle do peso, controle hídrico, cuidados cardíacos: fase aguda, cuidados cardíacos: reabilitação, cuidados circulatórios: insuficiência arterial, cuidados na retenção urinária, educação em saúde, ensino: dieta prescrita, ensino: exercício prescrito, ensino: indivíduo, ensino: medicamentos prescritos, ensino: procedimento/tratamento, ensino: processos da doença, escuta ativa, estabelecimento de metas mútuas, facilitação da autorresponsabilidade, fortalecimento da autoestima, identificação de risco, melhora da autoeficácia, melhora da autoeficácia: plano de alta, melhora do enfrentamento, melhora do sistema de apoio, modificação do comportamento, monitoração das extremidades inferiores, monitoração dos sinais vitais, monitoração hídrica, monitoração respiratória, orientação antecipada, plano de alta, precauções cardíacas, precauções circulatórias,

prescrição de medicamentos, promoção do envolvimento familiar, promoção do exercício, redução da ansiedade, redução do estresse por mudança, supervisão, técnica para acalmar.

6. Levantamento e sintetização das atividades de enfermagem (AE): nesta etapa, foram elencadas todas as possíveis atividades de enfermagem de acordo com as IE da etapa anterior, o que resultou em 518 AE. No entanto, após a organização, retirada de duplicidades e sintetização, foi extraído um total de 49 atividades que foram organizadas em grupos temáticos para melhor entendimento das prescrições de enfermagem pelo paciente e familiar ao receberem a cartilha do plano de alta. No quadro 6 encontram-se as AE trazidas pela NIC que subsidiaram as prescrições de enfermagem no produto final.

**Quadro 6** – Atividades de enfermagem prioritárias para o paciente com insuficiência cardíaca, segundo o sistema de classificação NIC.

GRUPO TEMÁTICO	ATIVIDADE DE ENFERMAGEM [contínua]
<b>Sinais Físicos</b>	<p>Avaliar edema periférico e pulsos, além do local e extensão do edema, se presente e determinar tempo de preenchimento capilar</p> <p>Observar os movimentos torácicos, notando a simetria, uso dos músculos acessórios e retração da musculatura supraclavicular e intercostal</p> <p>Monitorar ingestão e eliminação, débito urinário, cor e quantidade da urina, além do peso diário, conforme apropriado</p> <p>Monitorar quanto à dispneia e eventos que melhorem ou piorem a falta de ar e quanto à frequência, ritmo, profundidade e esforço das respirações</p> <p>Observar quanto a indicações de excesso/retenção de líquidos, como veias distendidas no pescoço, ruídos nos pulmões, edema periférico e ganho de peso</p>

<b>GRUPO TEMÁTICO</b>	<b>ATIVIDADE DE ENFERMAGEM [continua]</b>
<b>Medicamentos</b>	<p>Desenvolver estratégias com o paciente para aperfeiçoar a adesão ao tratamento, como por exemplo, auxiliar o paciente a desenvolver por escrito o esquema de medicação em forma de agenda (verificando a visibilidade de vírgulas e outros detalhes que influenciam no entendimento da prescrição), fornecendo alternativas de horários para minimizar os efeitos na qualidade de vida</p> <p>Ensinar o paciente e/ou familiares quanto aos nomes genéricos e de marca, o método de administração de medicamentos, além da ação esperada, dos efeitos colaterais esperados do medicamento e do método de armazenamento e fornecer por escrito todas as informações</p> <p>Informar ao paciente o que fazer se uma dose for esquecida e as consequências de não tomar ou interromper abruptamente o uso dos medicamentos</p> <p>Incentivar o paciente a fazer os exames de triagem para determinar os efeitos dos medicamentos</p> <p>Orientar o paciente a carregar documentação de seu regime de medicamento prescrito</p>
<b>Nutrição</b>	<p>Auxiliar o paciente a acomodar as preferências alimentares na dieta e substituir ingredientes na elaboração de receitas favoritas, discutindo com o paciente sobre o que ele gosta ou não de comer</p> <p>Distribuir e restringir a ingestão de líquidos durante as 24 horas e encorajar o paciente a consumir diariamente quantidades adequadas de água</p> <p>Fornecer dieta cardíaca adequada (i.e., limitar a ingestão de cafeína, sódio, colesterol e alimentos com alto teor de gordura) e determinar quaisquer limitações financeiras que possam afetar a compra dos alimentos</p> <p>Ensinar o paciente a monitorar a ingestão e eliminação de líquidos e o peso, pesando-se diariamente</p>

<b>GRUPO TEMÁTICO</b>	<b>ATIVIDADE DE ENFERMAGEM [continua]</b>
	<p>Encaminhar o paciente ao nutricionista e orientar quanto a necessidade e importância do acompanhamento com essa especialidade</p> <p>Fornecer informações, quando necessário, sobre a necessidade de saúde para uma modificação na dieta: perda de peso, ganho de peso, restrição de sódio, redução do colesterol, restrição de líquido e assim por diante</p> <p>Orientar quanto aos riscos associados ao fato de estar acima/abaixo do peso e facilitar a identificação de comportamentos alimentares a serem mudados</p> <p>Desenvolver com o indivíduo um método para manter o registro diário da ingestão, sessões de exercícios e/ou mudanças do peso corporal</p>
<b>Exercícios Físicos</b>	<p>Auxiliar o indivíduo a desenvolver um programa de exercício adequado para atender às necessidades em períodos regulares respeitando sua rotina semanal e estabelecer metas para o aumento lento e contínuo do exercício</p> <p>Encorajar o exercício conforme o fator de risco cardíaco do paciente e o nível de saúde, em colaboração com e/o médico ou fisiologista do exercício</p> <p>Informar o indivíduo sobre os benefícios à saúde e os efeitos fisiológicos do exercício</p> <p>Estimular a pessoa a começar a exercitar-se ou a continuar o exercício, conforme tolerado e monitorar o grau de desconforto ou de dor com o exercício, à noite ou enquanto descansa</p>
<b>Emocional</b>	<p>Aliviar as ansiedades do paciente, fornecendo informações precisas e corrigindo eventuais equívocos, auxiliando-o a adaptar-se às mudanças antecipadas de papel</p> <p>Encorajar a verbalização dos sentimentos de ansiedade, raiva, tristeza, das percepções e dos medos, além de conversar ou chorar para diminuir a resposta emocional</p>

<b>GRUPO TEMÁTICO</b>	<b>ATIVIDADE DE ENFERMAGEM [continua]</b>
	<p>Explorar o uso de recursos espirituais, se desejado</p> <p>Explorar com o paciente o potencial uso de imaginação, meditação ou relaxamento progressivo ao tentar mudar de comportamento</p>
<b>Orientações gerais</b>	<p>Descrever o processo da doença, principais sinais e sintomas e possíveis complicações crônicas, corrigindo interpretações erradas de informações</p> <p>Discutir as mudanças de estilo de vida que podem ser necessárias para evitar futuras complicações e/ou controlar o processo da doença</p> <p>Encorajar o paciente a assumir o máximo de responsabilidade pelo próprio autocuidado e avaliar o próprio comportamento</p> <p>Encorajar o paciente a adotar um comportamento desejado com um estímulo ou sugestão existente (p. ex., praticar exercício após o trabalho, todos os dias)</p> <p>Encorajar a participação da família e amigos no cuidado e seu planejamento, auxiliando nesse processo</p> <p>Enfatizar a importância dos padrões saudáveis de alimentação, sono, exercícios etc.</p> <p>Explicar a fisiopatologia da doença, a finalidade do tratamento e quais os comportamentos deve ter para que tenha êxito no seu tratamento, estabelecendo objetivos comportamentais por escrito - guia</p> <p>Fornecer ao paciente um número de telefone para ligar e pedir auxílio</p> <p>Fornecer informações verbais e escritas para o paciente, a família e os cuidadores quanto a todos os cuidados pertinentes</p> <p>Orientar o paciente e a família a monitorar a pressão arterial e a frequência cardíaca rotineiramente e durante exercícios</p>

**GRUPO TEMÁTICO ATIVIDADE DE ENFERMAGEM [continua]**

Orientar o paciente e a família quanto a medicamentos apropriados que são adquiridos com e sem prescrição médica

Orientar o paciente e a família quanto à modificação dos fatores de risco cardíacos (p. ex., abandono do tabagismo, dieta e exercício) e quanto a terapias para reduzir o risco cardíaco (p. ex., terapias medicamentosas, monitoração da pressão arterial, restrições hídricas, restrições de álcool, reabilitação cardíaca)

Orientar o paciente e a família quanto a sinais e sintomas de doença cardíaca inicial e agravamento da doença cardíaca, assim como quando deve procurar um atendimento médico e quais são os serviços de urgência disponíveis

Orientar o paciente e a família quanto ao esquema de exercícios, incluindo aquecimento, resistência e resfriamento, conforme apropriado

Orientar o paciente quanto à importância de relatar imediatamente qualquer desconforto no peito

Orientar o paciente quanto aos métodos para diminuir a ansiedade (p. ex., técnicas de respiração lenta, distração, visualização, meditação, relaxamento muscular progressivo, ouvir música suave), como apropriado

Orientar o paciente sobre a dose, a via e a duração de cada medicamento, além da finalidade, ação, efeitos adversos e quais medidas devem ser tomadas

Orientar o paciente sobre as medidas para controlar/minimizar os sintomas, conforme apropriado

Orientar o paciente sobre como monitorar a tolerância ao exercício

Orientar o paciente sobre os requisitos de dieta para o estado da doença (i.e., para pacientes com doença renal, restrição de sódio, de potássio, proteína e líquidos) assim como sobre os alimentos permitidos e proibidos

GRUPO TEMÁTICO	ATIVIDADE DE ENFERMAGEM [conclusão]
	<p>Providenciar atividades de diversão (p. ex., envolvimento em hobbies, atividades usuais)</p> <p>Quebrar o comportamento a ser alterado em unidades menores, mensuráveis de comportamento (p.ex., parar de fumar: número de cigarros fumados)</p> <p>Sugerir literatura impressa e fontes eletrônicas para que o paciente leia, conforme indicado</p>

7. Prescrições de enfermagem e organização da cartilha educativa para a alta hospitalar de pacientes com insuficiência cardíaca: posteriormente a todo esse caminho metodológico embasado pelos sistemas de classificação da enfermagem (NANDA-I e NIC), foi encerrada a etapa da elaboração do instrumento desse estudo com a escrita das prescrições de enfermagem direcionadas ao público-alvo de forma clara e com linguagem acessível à população em geral.

Além disso, foram idealizadas ilustrações originais que pudessem representar o que estava sendo preconizado nas prescrições de enfermagem, de modo a facilitar o entendimento do leitor e assim, conseguir atingir o objetivo de orientação do paciente e seus familiares. Concomitante a esse processo, foi realizada a diagramação da cartilha para organizar o texto e as ilustrações de forma a chamar a atenção do leitor e instigá-lo a ler até o final as orientações.

Vale ressaltar que o instrumento de planejamento da alta foi construído utilizando a dimensão da Teoria do Déficit do Autocuidado de Dorothea E. Orem, devido a assistência prestada ao paciente com IC ter foco em facilitar a relação que este terá consigo mesmo e com os grupos sociais após a internação hospitalar, o que promove atividades de autocuidado na sua recuperação e promoção à saúde na transição para o ambiente domiciliar.

Após a elaboração, o plano de alta foi encaminhado para uma validação com 04 docentes atuantes em Sergipe *experts* na área de taxonomias de enfermagem e/ou validação, selecionados através da técnica de *snowball*, que possibilita a definição da

amostra através de juízes que indicam outros juízes a participar da pesquisa, a fim de validar o conteúdo das atividades distribuídas em toda a cartilha de alta (POLIT; BECK, 2011).

Foi utilizada a técnica Delphi que tem como objetivo obter um máximo de consenso de um grupo de especialista sobre um tema, quando não há unanimidade de opinião devido à falta de evidências científicas ou quando há contradições acerca dessas informações. Esses especialistas respondem a um instrumento de coleta de dados estruturado, por meio de “rounds” ou rodadas. Esses questionários são preenchidos de forma anônima entre o grupo (GEIST, 2010). Vale ressaltar que para cada rodada foi determinado um prazo de 15 dias e foram necessárias 02 rodadas nessa fase buscando a reavaliação dos itens após as alterações em vista ao consenso do grupo.

Temos que a técnica Delphi se apresenta como um instrumento confiável de medição no que concerne o desenvolvimento de novos conceitos e o direcionamento de pesquisas voltadas para o futuro (ROWE, WRIGHT, 1999). Em geral, tem-se que nos exercícios Delphi, um mínimo de 12 avaliadores é geralmente considerado suficiente para alcançar o consenso e amostras em tamanhos maiores podem apresentar resultados decrescentes em relação à validade dos resultados (CRANE, HENDERSON, CHADWICK, 2017). Em contrapartida, os tamanhos das amostras Delphi são mais dependentes da dinâmica do grupo para chegar a um consenso do que de seu poder estatístico (SLADE et al., 2014; OKOLI, PAWLOWSKI, 2004),

Estes peritos avaliaram o plano de alta quanto ao conteúdo (objetivos, estrutura e relevância, estilo da escrita e organização), através de um formulário online da plataforma *Google Forms* encaminhado para os e-mails correspondentes após a aceitação da carta convite.

#### **Etapa 4: Validar a semântica da cartilha de alta para pacientes com Insuficiência Cardíaca**

A etapa 4 foi caracterizada pela validação da semântica da cartilha de alta para os pacientes com IC e se deu através de formulário online da plataforma *Google Forms* encaminhado para os enfermeiros brasileiros com doutorado concluído e atuação profissional atual na docência/pesquisa e/ou assistência em cardiologia na Região Nordeste do país. Os juízes foram selecionados através do Currículo *Lattes*, utilizando a seguinte busca:

- Busca avançada por Assunto (esta expressão booleana): Cardiologia OR Cardiovascular;
- Bases: Doutores;
- Nacionalidade: Brasileira;
- Preferências: Tempo de atualização dos dados (somente currículos atualizados nos últimos): 06 meses;
- Filtros:
  - Atuação profissional (Grande área: Ciências da Saúde; Área: Enfermagem; Subárea: Todas; Especialidade: Todas);
  - Atividade profissional (Atividade atual; País: Brasil; Região: Nordeste; UF: Todas; Instituição: Não se aplica);

Foram encontrados 172 enfermeiros após essa busca na plataforma *lattes* e a validação do plano de alta foi iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos da UFS e validação por docentes *experts* na área, por meio de entrevista estruturada com aplicação do instrumento de proposta de alta hospitalar para a amostra selecionada de juízes que atenderam aos critérios de inclusão pré-estabelecidos. Após esse levantamento inicial, foi possível chegar à amostra final de 14 profissionais que receberam o convite para participar da pesquisa.

Os currículos foram escolhidos baseados nos critérios de exclusão pré-determinados abaixo citados:

- Enfermeiro doutor com atuação profissional atual não relacionada à cardiologia;
- Enfermeiro doutor com atuação profissional atual em Região fora do Nordeste brasileiro.

Após assinatura do TCLE (APÊNDICE D) por parte dos juízes, foi enviado um formulário online, que avaliou a semântica, ou seja, o quão compreensível estava a cartilha para o público-alvo – pacientes adultos com IC. Foi aplicada a escala do tipo *Likert*, numerada do 1 ao 5, a qual os juízes explicitam a sua reação (positiva ou negativa) através do valor atribuído sendo 1 – totalmente inadequado, 2 – inadequado, 3 – parcialmente adequado, 4 – adequado, 5 – totalmente adequado.

Além da escolha do item, os juízes puderam sugerir modificações e melhorias na cartilha de planejamento de alta e após aplicação foram realizados os ajustes necessários para validação do instrumento com registro das alterações. Quando foi atribuído ao item o escore 1 e/ou 2, o juiz precisou justificar sua escolha, descrevendo o motivo da opção. Também foi utilizada a técnica Delphi descrita anteriormente e foi determinado um prazo de 15 dias para a avaliação.

### **4.3 Instrumento de coleta de dados**

Os instrumentos destinados para a validação do plano de alta foram adaptados de Oliveira (2006) e transcritos para o meio eletrônico através da plataforma *Google Forms*. Os avaliadores classificaram numericamente os aspectos voltados para o conteúdo, aparência e semântica do plano de alta atribuindo valores entre 1 (totalmente inadequado) e 5 (totalmente adequado) (APÊNDICE A e B).

Nos diversos tipos de pesquisa, pode-se visualizar a ampla utilização dos formulários eletrônicos como instrumentos de coletas de dados. Em específico na enfermagem, tem-se observado seu uso, sobretudo, em estudos que englobam a validação de conteúdos, como diagnósticos e intervenções de enfermagem. Essa estratégia tem grande valia, visto que amplia as possibilidades de participação de profissionais de outras localidades do país com vasta experiência no assunto (VITURI; MATSUDA, 2009).

Isso engrandece a qualidade dos resultados encontrados e torna-se um aspecto favorável à sua utilização. Além disso, frente à pandemia enfrentada em 2020 do novo coronavírus, essa plataforma tornou-se grande aliada, já que grande parte das atividades precisou tornar-se remota.

### **4.4– Coleta de Dados**

Os juízes avaliadores foram convidados a participar da pesquisa via e-mail, o qual continha o convite e o link com a apresentação da pesquisadora e a orientadora, bem como sobre do que se tratava a pesquisa. Além disso, continha como anexos a carta convite e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em que os avaliadores declaravam que haviam sido orientados acerca da validação e aceitavam participar contribuindo através da plataforma *Google Forms*.

Vale ressaltar que o avaliador só conseguia acessar as questões acerca da validação após aceitar participar da pesquisa com a leitura do TCLE e após serem devidamente esclarecidos: a) que os nomes dos profissionais não serão divulgados, sendo estes codificados para garantir a sua confidencialidade. b) que a publicação dos dados em hipótese alguma permitirá a identificação de nenhum participante do estudo. c) sobre os objetivos do trabalho e de como ocorrerá a sua participação. A coleta de dados iniciou em outubro de 2020 e encerrou em dezembro de 2020.

#### **4.5- Critérios de Exclusão**

Para validar o instrumento de plano de alta, os enfermeiros foram excluídos por:

- Responder as questões subjetivas do instrumento de validação de forma incoerente com o que foi perguntado;
- Não responder o questionário dentro do prazo determinado pela pesquisadora (15 dias da data do envio do formulário).

#### **4.6- Aspectos Éticos**

Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da Universidade Federal de Sergipe – CEP/UFS para apreciação, atendendo à Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde – Brasília - DF. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo comitê de ética da Universidade Federal de Sergipe sob o nº CAAE 28068919.1.0000.5546 e parecer 4.396.816 (ANEXO A).

Vale ressaltar que devido à pandemia do novo coronavírus, foi necessário submeter uma emenda ao CEP realizando as alterações acerca do local da realização da validação tendo sido a mesma aprovada, visto que anteriormente seria utilizada a estrutura física e os profissionais que trabalhavam no Hospital Cirurgia, mas todas as pesquisas foram suspensas, sendo mantidas apenas aquelas que fossem referentes a essa temática de emergência pública.

#### **4.7- Tratamento e análise dos dados**

Para cada um dos itens do questionário foi calculado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) e os dados foram apresentados por distribuição de frequência absoluta

e relativa. Para avaliar o nível de concordância entre os especialistas através do IVC, as respostas classificadas como “totalmente adequada”, “adequada” e “parcialmente adequada”, foram agrupadas como concordância e as respostas “inadequada” e “totalmente inadequada” formaram o agrupamento de discordância. O cálculo desse índice se deu através da fórmula apresentada abaixo (figura 3) e foi adotado o coeficiente mínimo de 0,8 como consideráveis alcance de concordância entre os validadores (POLIT; BECK, 2011).

**Figura 3** – Fórmula para o IVC utilizada na pesquisa, São Cristóvão, SE, Brasil. 2021.

$$\text{IVC (Índice de Validade de Conteúdo)} = \frac{\text{Concordância}}{\text{Total de juízes}}$$

Fonte: GRAMINHA, 2019.

## 5 RESULTADOS

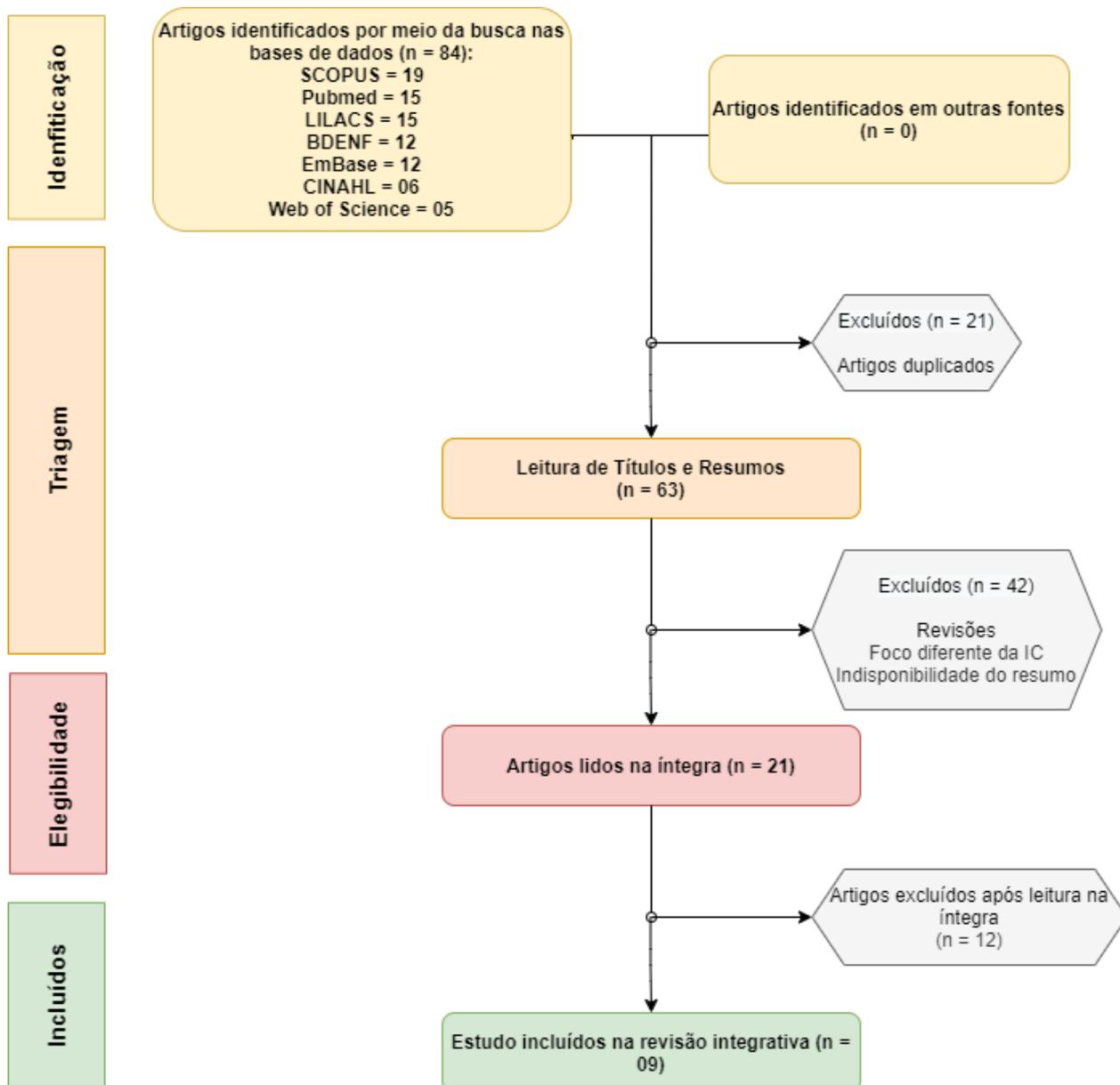
Neste capítulo, serão abordados os resultados obtidos e contém-se: resultados da revisão integrativa, caracterização dos avaliadores *experts* em estudos de validação e/ou taxonomias de enfermagem e também dos enfermeiros com experiência em cardiologia e/ou insuficiência cardíaca, além da concordância encontrada entre esses avaliadores e as mudanças realizadas na cartilha de alta no decorrer do processo de validação.

### 5.1- REVISÃO INTEGRATIVA

Os resultados encontrados na revisão integrativa serviram de embasamento para a construção do plano de alta e norteou as escolhas dos diagnósticos e intervenções de enfermagem que mais se adequam aos pacientes com IC. Na busca inicial nas bases de dados foi possível identificar 84 artigos primários, sendo 19 na SCOPUS, 15 no PubMed, 15 na LILACS, 12 na EmBase, 12 na BDNF, 06 na CINHALL e 05 na Web of Science. Após a leitura do título e resumo, foi possível excluir 42 estudos, restando apenas 21 para leitura na íntegra. Após essa etapa, 09 artigos restaram na amostra final, sendo apresentado na Figura 4 o diagrama da seleção.

Os dados referentes à avaliação dos estudos são apresentados a seguir (figura 4):

**Figura 4:** Fluxograma PRISMA do processo de busca de dados, São Cristóvão, SE, Brasil. 2020.



Os artigos foram organizados em um quadro em que contém as principais características: estudo, local de publicação, ano de publicação e principais aspectos/resultados relacionados à questão da pesquisa. Além disso, também foi realizada a análise dos estudos selecionados e foram agrupados no quadro abaixo.

**Quadro 7** - Estudos incluídos na revisão integrativa. São Cristóvão, SE, Brasil, 2020.

Base de dados	Autores/ano	País	Delineamento do estudo	Principais resultados	Nível de evidência [continua]
<b>EmBase</b>	Kira McClinton, et al.; 2015.	EUA	Estudo transversal	Os pacientes inscritos no programa ACTIVATE receberam cuidados transitórios na alta e uma visita domiciliar dentro de 48 horas após a alta. No entanto, foi identificada uma taxa de readmissão substancialmente maior nos pacientes com IC com comorbidades crônicas do que para pacientes sem IC.	V
<b>EmBase</b>	J Margo Brooks Carthon et al.; 2015.	EUA	Estudo transversal	Os resultados revelam uma associação entre os cuidados de enfermagem perdidos e reinternações por insuficiência cardíaca. Cerca de 40% dos enfermeiros relataram não conseguir conversar com seus pacientes durante o último contato anterior à alta.	V
<b>Pubmed</b>	Nancy M Albert et al.; 2014.	EUA	Estudo descritivo	O conforto dos enfermeiros em fornecer educação sobre autocuidado com insuficiência cardíaca foi associado à frequência de fornecimento de educação a pacientes hospitalizados. Mesmo quando as enfermeiras sentiam-se confortáveis orientando pacientes com IC na área do autocuidado ou para um item específico, ainda era abaixo dos níveis de conforto da enfermeira. Os pacientes com insuficiência cardíaca tem no autocuidado uma das áreas com maior probabilidade de estabilizar ou melhorar o estado clínico e tiveram as pontuações mais baixas.	V
<b>Pubmed</b>	Anne McBride et al.; 2014.	Reino Unido	Estudo descritivo	Este projeto confirma que os cartões médicos retidos pelo paciente podem contribuir para a continuidade do cuidado além das necessidades imediatas de emergência tradicionalmente associadas aos cartões de alerta. Estes podem melhorar a comunicação e a coordenação entre a equipe do hospital e capacitar os pacientes e seus familiares, para o pós-alta.	V

Base de dados	Autores/ano	País	Delineamento do estudo	Principais resultados	Nível de evidência [conclusão]
<b>Pubmed</b>	Alsacia L Sepulveda-Pacsi, 2019.	EUA	Estudo transversal	A principal descoberta é que apenas uma minoria dos enfermeiros se sentiu "muito" confiante em sua capacidade de desempenhar várias funções com esses pacientes antes da alta (com exceção do monitoramento de peso). Mais de dois terços dos enfermeiros responderam que orientações específicas sobre a alta os ajudaria a se sentirem mais confiantes, como por exemplo, se houvesse diretrizes específicas sobre o processo de alta.	V
<b>Scopus</b>	Christopher M. Murtaugh et al.; 2017.	EUA	Estudo observacional retrospectivo	Os resultados indicam que a combinação de serviços de enfermagem domiciliar precoce e intensiva e pelo menos uma consulta de acompanhamento médico na semana após a alta hospitalar têm o potencial de reduzir o risco de readmissão para uma parte substancial dos pacientes com IC do grupo do estudo que receberam alta aos cuidados de saúde ao domicílio.	IV
<b>Scopus</b>	Kerstin Ulin, Lars-Eric Olsson, Axel Wolf and Inger Ekman; 2016.	Suécia	Estudo clínico randomizado	O principal achado no presente estudo foi a diferença no tempo dos componentes importantes do processo de alta entre o protocolo empregado e os cuidados habituais. Este melhora os processos de alta porque os pacientes são vistos como pessoas competentes para se envolver no planejamento de seus cuidados. O presente achado contribui para as evidências crescentes de que o modelo de atenção centrada na pessoa é mais eficaz do que o tratamento usual.	III
<b>Web of Science</b>	Cedric Mabire et al.; 2019.	Suíça	Estudo transversal	A prontidão do paciente para as avaliações de alta hospitalar foi maior em pacientes que receberam intervenções de ensino de alta, em unidades cujas enfermeiras tinham altos níveis gerais de experiência profissional e onde os pacientes forneceram autoavaliações mais altas de seu estado de saúde.	V
<b>Lilacs</b>	Souza, Patrícia Maria Barreto Bellot de; Queluci, Gisella de Carvalho; 2014.	Brasil	Estudo descritivo	É enfatizada a necessidade do planejamento da alta hospitalar de forma sistematizada, integral, organizada e flexível, destacando as ações da equipe multidisciplinar, com a coordenação dos cuidados pelos enfermeiros e que este planejamento inicie no momento da internação dos pacientes, perdurando por toda hospitalização destes e, se necessário, continuado também para o contexto familiar.	V

Fonte: Elaborado pela própria pesquisadora.

Dentre os artigos encontrados, os anos de publicação variavam entre 2014 e 2019, sendo 33,3% do ano 2014, 22,2% para os anos 2015 e 2019, 11,1% nos anos 2016 e 2017 e em 2018 não foram encontrados artigos publicados acerca da temática. Com relação à distribuição entre os países de realização dos estudos, a maioria deles foi realizada nos EUA (55,6%), seguidos do Reino Unido, Suécia, Suíça e Brasil (11,1% cada).

## **5.2 DIMENSÕES ESTRUTURAIS DO PLANO DE ALTA PARA O PACIENTE COM IC**

Após o levantamento bibliográfico da revisão integrativa juntamente com as evidências recentes trazidas pela Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Aguda e Crônica de 2018, foi possível elencar as dimensões estruturais relevantes para o plano de alta de enfermagem para o paciente com IC embasadas nas atividades de enfermagem mais frequentes para esse paciente através do levantamento dos diagnósticos de enfermagem no NANDA-I e das intervenções de enfermagem através da NIC, foram elas:

- O papel do enfermeiro no planejamento da alta hospitalar: diante da necessidade de descrever e enfatizar para o leitor acerca da importância do papel do enfermeiro nesse processo da alta hospitalar e na construção do plano de alta foi criado um tópico específico que descreveu o conceito de plano de alta e apontou o papel desse profissional nessa transição e no planejamento dos cuidados pós-alta.
- Introdução – Insuficiência Cardíaca e Importância do autocuidado: após o primeiro tópico, foi descrita a introdução do tema abordado no plano de alta. Dessa forma, descreveu-se de forma simples e clara o que se configura como insuficiência cardíaca, de maneira a conseguir atingir de forma eficaz os pacientes que receberão a cartilha. Além disso, complementou-se enfatizando a importância do autocuidado para o paciente. Nesse tópico foi abordado sobre a necessidade de o paciente aderir a terapêutica e comportamentos saudáveis para que o tratamento seja eficaz e mantenha a qualidade de vida elevada e os sinais físicos sob controle.
- Sinais e sintomas: nessa sessão foram descritos os principais sinais e sintomas dos pacientes com insuficiência cardíaca e alertados quanto ao

aparecimento destes, sendo necessário descrever que pode acontecer de forma lenta e gradual, mas também em alguns casos surgem de forma repentina após algum comprometimento cardíaco mais grave. O intuito dessa dimensão estrutural foi alertar o paciente com IC para os possíveis sinais de agravamento do quadro, o que indica necessidade de buscar ajuda profissional imediatamente.

- **Medicamentos:** Foi realizado um levantamento dos principais fármacos prescritos para o paciente com IC e os possíveis eventos adversos das drogas foram descritos, inclusive foi utilizado também o nome comercial para facilitar o entendimento dos pacientes. Além disso, foram disparados alertas acerca do respeito ao uso dos medicamentos regularmente, sobre manter os exames de triagem em dia, sobre não interromper o uso dos medicamentos por conta própria e também foram orientados acerca de possíveis ferramentas para evitar esquecimentos ou erros nos horários dos medicamentos.
- **Hábitos saudáveis:** Para os pacientes com IC é de suma importância que compreendam que além do tratamento medicamentoso há também medidas não farmacológicas a serem tomadas para o sucesso do tratamento. Dentre essas medidas estão as descritas nesse tópico do plano de alta: rotina de alimentação adequada acompanhada por um nutricionista, sono regulado, exercício físico orientado por um profissional de educação física e cardiologista, tentar eliminar ou reduzir hábitos não saudáveis como o tabagismo, ingestão de alimentos com alto teor de gordura, excessivamente açucarados ou salgados, refrigerantes, entre outros. Além disso, foram orientados a monitorar a ingestão e eliminação de líquidos e possíveis mudanças na sua massa corporal, indicando uma sugestão de anotação ao final da cartilha. E por fim, enfatiza-se quanto a relevância de monitorar a pressão arterial e frequência cardíaca durante a prática dos exercícios físicos.
- **Emocional:** no último tópico, foram elencadas atividades de enfermagem voltadas o cuidado com a saúde emocional desses pacientes que por vezes é negligenciada e sofre grande impacto após a mudança da condição clínica. O paciente recebe orientações de encorajamento para que o bem estar mental possa impactar positivamente no tratamento. Além disso,

ênfatiza quanto à importância de ter o apoio de familiares e amigos auxiliando nos cuidados e planejamento. Além de ressaltar quanto à possibilidade de utilizar recursos espirituais, meditação e/ou relaxamento para auxiliar o tratamento.

- Instrumentos criados para subsidiar o tratamento do paciente: foram anexadas algumas possibilidades de instrumentos que podem ser utilizados pelo paciente para auxiliar no tratamento, foram elas – anotação do controle de medicamentos com distinção de horários e ilustração para facilitar o entendimento (sol para a manhã, lanche para o intervalo da manhã, prato com talheres para simbolizar o almoço, lua para a noite), anotação das prescrições de enfermagem individualizadas, registro de peso diariamente para controle de edema e registro de pressão arterial. Por fim, foi destinado um espaço para o paciente escrever o telefone de contato de um profissional da saúde responsável pelo seu caso e também de um familiar para que em caso de urgência ou emergência possam ser avisados.

### 5.3 VALIDAÇÃO DO PLANO DE ALTA DE ENFERMAGEM

#### 5.3.1 Caracterização dos avaliadores para a validação

Neste tópico serão descritas as características sociodemográficas dos avaliadores que participaram das duas etapas de validação do plano de alta. A 1ª etapa de validação contou com a participação de 04 avaliadoras na sua totalidade representada pelo gênero feminino (100%; n = 4). É possível observar a caracterização das avaliadoras dessa etapa na tabela abaixo (tabela 2).

**Tabela 2** – Caracterização dos juízes da primeira etapa de validação. São Cristóvão, SE, Brasil, 2021.

<b>AVALIADOR</b>	<b>IDADE (em anos)</b>	<b>TEMPO DE CONCLUSÃO DA GRADUAÇÃO (em anos)</b>	<b>TITULAÇÃO MÁXIMA</b>	<b>ÁREA DE ATUAÇÃO?</b>
<b>A</b>	55	33	Doutorado	Ensino-Pesquisa
<b>B</b>	69	43	Pós-Doutorado	Ensino-Pesquisa
<b>C</b>	37	10	Doutorado	Ensino Pesquisa e Extensão (Docência)
<b>D</b>	49	27	Doutorado	Ensino-Pesquisa

Além disso, todas as avaliadoras possuem publicações envolvendo Sistemas de Classificação em Enfermagem, três possuem estudos publicados que envolvem estudos de validação, uma delas apenas os que envolvem a temática acerca da insuficiência cardíaca e nenhuma relatou possuir publicações envolvendo cardiologia em geral. Isso reafirma os critérios de escolha dos juízes para essa etapa descrita.

Contou-se com outro grupo de avaliadores para a etapa de validação da semântica que também foi representado em sua totalidade por avaliadoras do sexo feminino (100%; n = 4). Na tabela 3 encontra-se distribuída a caracterização dos dados sociodemográficos das enfermeiras que aceitaram participar da validação, após seleção do currículo *lattes*.

**Tabela 3** – Caracterização dos juízes da segunda etapa de validação. São Cristóvão, SE, Brasil, 2021.

<b>AVALIADOR</b>	<b>IDADE (em anos)</b>	<b>TEMPO DE CONCLUSÃO DA GRADUAÇÃO (em anos)</b>	<b>TITULAÇÃO MÁXIMA</b>	<b>ÁREA DE ATUAÇÃO?</b>
<b>E</b>	38	13	Doutorado	Ensino-Pesquisa
<b>F</b>	51	30	Doutorado	Ensino-Pesquisa
<b>G</b>	35	08	Doutorado	Assistência, Ensino e Pesquisa
<b>H</b>	40	18	Doutorado	Ensino-Pesquisa

Ao que concerne às publicações que essas avaliadoras possuem, pode-se destacar que todas possuem publicações envolvendo a temática cardiologia e três destas também publicaram estudos envolvendo a insuficiência cardíaca. No entanto, apenas duas delas declararam ter pesquisas no âmbito dos sistemas de classificação de enfermagem e estudos de validação. Esses dados também reafirmam os critérios de seleção dessa etapa, os quais eram selecionar enfermeiros com experiência em cardiologia e/ou insuficiência cardíaca.

### **5.3.2 Validação de conteúdo do plano de alta hospitalar de enfermagem**

Os docentes *experts* em estudos de validação e/ou sistemas de classificação em enfermagem avaliaram em duas rodadas o plano de alta construído em formato de cartilha de acordo com questionamentos que levavam à validação do conteúdo. Segue abaixo a tabela (tabela 4) que explicita como foi a 1ª rodada da avaliação dos validadores selecionados para a primeira etapa.

**Tabela 4** – 1ª rodada para validação do conteúdo do plano de alta hospitalar de enfermagem para pacientes com insuficiência cardíaca. São Cristóvão, SE, Brasil, 2021.

	<b>Crítérios</b> [continua]	<b>Totalmente</b> <b>inadequado</b>	<b>Inadequado</b>	<b>Parcialmente</b> <b>adequado</b>	<b>Adequado</b>	<b>Totalmente</b> <b>adequado</b>	<b>IVC</b>
<b>OBJETIVOS</b>	Os objetivos do plano de alta são coerentes com as necessidades do paciente com Insuficiência Cardíaca.				1 (25%)	3 (75%)	1
	São coerentes do ponto de vista do processo de adaptação à condição clínica.				1 (25%)	3 (75%)	1
	Promove mudança de comportamento e atitude.				1 (25%)	3 (75%)	1
	Atende aos objetivos de instituições que trabalham com pacientes cardiopatas, especificamente com Insuficiência Cardíaca.				1 (25%)	3 (75%)	1
<b>ESTRUTURA</b>	O plano de alta é apropriado para pacientes com Insuficiência Cardíaca.				1 (25%)	3 (75%)	1
	Os itens estão apresentados de maneira clara e objetiva.			1 (25%)		3 (75%)	1

	<b>Crítérios [continua]</b>	<b>Totalmente inadequado</b>	<b>Inadequado</b>	<b>Parcialmente adequado</b>	<b>Adequado</b>	<b>Totalment adequado</b>	<b>IVC</b>
<b>CAPA</b>	O material está apropriado ao público-alvo proposto.				1 (25%)	3 (75%)	1
	Há sequência lógica do conteúdo proposto			1 (25%)		3 (75%)	0,75
	As informações estão bem estruturadas em concordância e ortografia.				2 (50%)	2 (50%)	1
	O estilo da redação corresponde ao nível de conhecimento do público-alvo.				2 (50%)	2 (50%)	1
	O título se adequa ao objetivo da cartilha de alta, chamando a atenção para o tema proposto.		1 (25%)			3 (75%)	0,75
	<b>SUMÁRIO</b>	Os tópicos retratados no sumário resumem de forma concisa o que será abordado na cartilha.				1 (25%)	3 (75%)
Os números e tópicos são apresentados claramente e sem dificuldade de entendimento.			1 (25%)			3 (75%)	0,75

	<b>Critérios</b> <b>[continua]</b>	<b>Totalmente</b> <b>inadequado</b>	<b>Inadequado</b>	<b>Parcialmente</b> <b>adequado</b>	<b>Adequado</b>	<b>Totalmente</b> <b>adequado</b>	<b>IVC</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>	O conceito de Insuficiência Cardíaca (IC) é apresentado de forma simples a fim de atingir o nível de conhecimento do público.				1 (25%)	3 (75%)	1
	A importância do autocuidado é descrita de forma a sensibilizar o paciente a aderir aos cuidados com sua saúde.				1 (25%)	3 (75%)	1
	É estimulada a leitura da cartilha a fim de orientar quanto às práticas de autocuidado.				1 (25%)	3 (75%)	1
<b>PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM SOBRE OS SINAIS E SINTOMAS ABORDADOS</b>	Aborda conceitos iniciais acerca do aparecimento repentino ou silencioso dos sinais e sintomas, a fim de alertar o paciente.				2 (50%)	2 (50%)	1
	A linguagem está adequada para o nível de conhecimento dos pacientes.				2 (50%)	2 (50%)	1
	São abordados os principais sinais e sintomas de descompensação da IC, alertando o paciente quanto ao risco de agravamento do quadro clínico.				1 (25%)	3 (75%)	1
	Inchaço nas pernas e pés (edemas de membros inferiores) faz parte dos principais sinais e sintomas da IC.				1 (25%)	3 (75%)	1

Critérios [continua]	Totalmente inadequado	Inadequado	Parcialmente adequado	Adequado	Totalmente adequado	IVC
Falta de ar durante atividades de vida diárias ou após um longo tempo deitado faz parte dos principais sinais e sintomas da IC.				1 (25%)	3 (75%)	1
Tosse seca ou acompanhada de muco faz parte dos principais sinais e sintomas da IC.				2 (50%)	2 (50%)	1
Dificuldade para realizar atividades rotineiras, como subir escadas e carregar pesos faz parte dos principais sinais e sintomas da IC.				1 (25%)	3 (75%)	1
Dificuldade para dormir devido ao desconforto respiratório, necessitando utilizar travesseiros mais altos para melhor acomodação.				1 (25%)	3 (75%)	1
Acúmulo de líquido no abdômen (conhecido como ascite) faz parte dos principais sinais e sintomas da IC.				2 (50%)	2 (50%)	1

<b>Critérios [continua]</b>	<b>Totalmente inadequado</b>	<b>Inadequado</b>	<b>Parcialmente adequado</b>	<b>Adequado</b>	<b>Totalmente adequado</b>	<b>IVC</b>
Ganho de peso faz parte dos principais sinais e sintomas da IC.				2 (50%)	2 (50%)	1
Veias do pescoço saltadas (estase jugular) fazem parte dos principais sinais e sintomas da IC.				2 (50%)	2 (50%)	1
Sensação de palpitações cardíacas (taquicardia/arritmias) faz parte dos principais sinais e sintomas da IC.				1 (25%)	3 (75%)	1
Aumento da frequência em urinar, principalmente durante a noite faz parte dos principais sinais e sintomas da IC.				2 (50%)	2 (50%)	1
Desconforto no peito, falta de ar ou mudanças na frequência, ritmo, profundidade e esforço nas respirações fazem parte dos principais sinais e sintomas da IC.				1 (25%)	3 (75%)	1
Sensação de cansaço, fadiga, fraqueza ou peso nas pernas fazem parte dos principais sinais e sintomas da IC.				1 (25%)	3 (75%)	1

	<b>Crítérios [continua]</b>	<b>Totalmente inadequado</b>	<b>Inadequado</b>	<b>Parcialmente adequado</b>	<b>Adequado</b>	<b>Totalmente adequado</b>	<b>IVC</b>
<b>PRESCRIÇÃO S DE ENFERMAGE M SOBRE AS MEDICAÇÃO S</b>	Ruídos nos pulmões fazem parte dos principais sinais e sintomas da IC.				2 (50%)	2 (50%)	1
	Aborda de forma clara e concisa quanto às possíveis reações adversas causadas pelas principais medicações utilizadas pelos pacientes com IC.				2 (50%)	2 (50%)	1
	Apresenta prescrições de enfermagem quanto à importância da adesão ao esquema terapêutico medicamentoso.		1 (25%)		1 (25%)	2 (50%)	0,75
	Sugere opções para evitar esquecimentos ou erros no uso dos medicamentos, de forma clara e concisa.				2 (50%)	2 (50%)	1
	Traz orientações de enfermagem acerca da realização de exames para acompanhar a efetividade do uso das medicações de forma clara.		1 (25%)		3 (75%)		0,75
	Salienta quanto à importância de não interromper o esquema terapêutico e dá subsídios para que o paciente sempre esteja com a documentação do regime prescrito em mãos.		1 (25%)		2 (50%)	1 (25%)	0,75

PRESCRIÇÃO S DE	Critérios [continua]	Totalmente inadequado	Inadequado	Parcialmente adequado	Adequado	Totalmente adequado	IVC
ENFERMAGEM SOBRE OS HÁBITOS	Aborda de forma clara e concisa quanto aos hábitos saudáveis a serem adotados a fim de melhorar o quadro clínico e evitar descompensações.				1 (25%)	3 (75%)	1
SAUDÁVEIS (PRÁTICA DE EXERCÍCIOS	Traz prescrições de enfermagem acerca de alimentação saudável, respeitando suas possíveis dificuldades financeiras.			1 (25%)	1 (25%)	2 (50%)	1
FÍSICOS E NUTRIÇÃO)	Orienta o paciente a abandonar hábitos prejudiciais de forma gradual, a fim de respeitar o tempo que cada paciente, levará para isso.				1 (25%)	3 (75%)	1
	Abrange acerca da importância do controle do peso corpóreo e da ingestão e eliminação de líquidos e traz subsídios para o paciente acompanhar diariamente o peso, de forma clara e concisa.				1 (25%)	3 (75%)	1
	As prescrições de enfermagem acerca da nutrição e exercícios físicos, apesar de orientar também ressaltam a importância do acompanhamento com os profissionais responsáveis por cada área.			1 (25%)	1 (25%)	2 (50%)	1

PRESCRIÇÃO S DE	Critérios [conclusão]	Totalmente inadequado	Inadequado	Parcialmente adequado	Adequado	Totalmente adequado	IVC
ENFERMAGEM M SOBRE O EMOCIONAL	A cartilha preza não apenas pelas questões físicas, mas também psicossociais as quais o paciente com IC está exposto.				1 (25%)	3 (75%)	1
	As prescrições de enfermagem para o âmbito emocional englobam os principais pontos a serem abordados com o paciente com IC.				1 (25%)	3 (75%)	1

Foram sugeridas algumas alterações relevantes para a construção as quais foram incorporadas a esse instrumento. Dentre elas tem-se a sugestão de alteração do título da cartilha de “Insuficiência cardíaca: incentivo a autocuidado do paciente após a alta hospitalar” para “O Enfermeiro e o paciente com Insuficiência Cardíaca: incentivo ao Autocuidado após a alta hospitalar”; "Atuação do Enfermeiro no incentivo do Autocuidado do paciente com Insuficiência Cardíaca após a alta hospitalar" e/ou "Incentivo do Enfermeiro ao autocuidado do paciente com insuficiência cardíaca após a alta hospitalar.", sendo escolhida a opção “O Enfermeiro e o paciente com insuficiência cardíaca: incentivo ao autocuidado após a alta hospitalar”. Dessa forma, é possível dar maior ênfase ao papel do enfermeiro na elaboração desse instrumento.

Para além da mudança no título, foi também acrescentada uma nova sessão que retrata acerca da importância do enfermeiro no processo de alta hospitalar, assim como foi sugerido por uma das avaliadoras. Foi uma sugestão relevante visto que é importante que o público-alvo compreenda quais as atividades desse profissional no planejamento do cuidado nesse processo de alta hospitalar.

Houve também a sugestão de uma das avaliadoras para inserir além do local para anotar as prescrições médicas, inserir linhas para que fossem destinadas às prescrições de enfermagem individualizadas. Dessa maneira, acrescentaram-se duas páginas intituladas “anote suas prescrições individualizadas de enfermagem:”. Esse espaço é essencial, visto que a cartilha contém o resumo das principais prescrições de enfermagem para pacientes com insuficiência cardíaca, mas cada indivíduo tem suas peculiaridades e necessita de intervenções específicas.

Além disso, foi evidenciada por uma das avaliadoras a necessidade de descrever quais são as atividades de vida diária, a fim de facilitar o entendimento desse termo por parte de toda a população na parte em que são sinalizados alguns sinais e sintomas. Então foram acrescentados alguns exemplos de atividades de vida diária, como: “alimentar-se, banhar-se, vestir-se, mobilizar-se, ir ao banheiro, manter o controle das necessidades fisiológicas”.

Outros acréscimos foram sugeridos e acatados, visto à relevância para o instrumento. Um deles foi o registro de pressão arterial, em que viabiliza que o paciente faça o registro descrevendo a data e horário da aferição. Esse é um sinal vital de extrema importância para esse público-alvo e por isso foi incorporado ao estudo. E foi

sugerido o acréscimo de um local específico que fosse destinado para o paciente escrever telefones de um profissional da saúde de sua confiança e/ou um familiar para em caso de urgência ou emergência serem contatados. Sendo assim, esse espaço é de extrema importância para as situações de urgência/emergência e, também para instigar o paciente a utilizar a cartilha como um documento que deve ser utilizado por onde estiver identificando-o, sinalizando quanto ao seu quadro clínico.

Dessa forma, posterior às alterações realizadas e a nova versão da cartilha foi confeccionada e enviada para nova rodada com esse grupo de avaliadoras. Após 15 dias, foram obtidos os resultados descritos abaixo na tabela 5, em que se obteve maior nível de concordância entre as validadoras em que se atingiu um IVC global satisfatório (1,0).

**Tabela 5** – 2ª rodada para validação do conteúdo do plano de alta hospitalar de enfermagem para pacientes com insuficiência cardíaca. São Cristóvão, SE, Brasil, 2021.

	<b>Crítérios</b> [continua]	<b>Totalmente</b> <b>inadequado</b>	<b>Inadequado</b>	<b>Parcialmente</b> <b>adequado</b>	<b>Adequado</b>	<b>Totalmente</b> <b>adequado</b>	<b>IVC</b>
<b>OBJETIVOS</b>	Os objetivos do plano de alta são coerentes com as necessidades do paciente com Insuficiência Cardíaca.				1 (25%)	3 (75%)	1
	São coerentes do ponto de vista do processo de adaptação à condição clínica.				1 (25%)	3 (75%)	1
	Promove mudança de comportamento e atitude.				1 (25%)	3 (75%)	1
	Atende aos objetivos de instituições que trabalham com pacientes cardiopatas, especificamente com Insuficiência Cardíaca.				1 (25%)	3 (75%)	1
<b>ESTRUTURA</b>	O plano de alta é apropriado para pacientes com Insuficiência Cardíaca.				1 (25%)	3 (75%)	1
	Os itens estão apresentados de maneira clara e objetiva.				2 (50%)	2 (50%)	1
	As informações apresentadas estão cientificamente corretas.				1 (25%)	3 (75%)	1

	<b>Critérios [continua]</b>	<b>Totalmente inadequado</b>	<b>Inadequado</b>	<b>Parcialmente adequado</b>	<b>Adequado</b>	<b>Totalmente adequado</b>	<b>IVC</b>
<b>CAPA</b>	O material está apropriado ao público-alvo proposto.				1 (25%)	3 (75%)	1
	Há sequência lógica do conteúdo proposto				1 (25%)	3 (75%)	1
	As informações estão bem estruturadas em concordância e ortografia.				2 (50%)	2 (50%)	1
	O estilo da redação corresponde ao nível de conhecimento do público-alvo.				1 (25%)	3 (75%)	1
	O título se adequa ao objetivo da cartilha de alta, chamando a atenção para o tema proposto.					4 (100%)	1
<b>SUMÁRIO</b>	Os tópicos retratados no sumário resumem de forma concisa o que será abordado na cartilha.				1 (25%)	3 (75%)	1
	Os números e tópicos são apresentados claramente e sem dificuldade de entendimento.				1 (25%)	3 (75%)	1

INTRODUÇÃO	Critérios	Totalmente	Inadequado	Parcialmente	Adequado	Totalmente	IVC
	[continua]	inadequado		adequado		adequado	
	O conceito de Insuficiência Cardíaca (IC) é apresentado de forma simples a fim de atingir o nível de conhecimento do público.			1 (25%)	1 (25%)	2 (50%)	1
PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGE M SOBRE OS SINAIS E SINTOMAS ABORDADOS	A importância do autocuidado é descrita de forma a sensibilizar o paciente a aderir aos cuidados com sua saúde.				1 (25%)	3 (75%)	1
	É estimulada a leitura da cartilha a fim de orientar quanto às práticas de autocuidado.				1 (25%)	3 (75%)	1
	Aborda conceitos iniciais acerca do aparecimento repentino ou silencioso dos sinais e sintomas, a fim de alertar o paciente.				1 (25%)	3 (75%)	1

	<b>Crítérios [continua]</b>	<b>Totalmente inadequado</b>	<b>Inadequado</b>	<b>Parcialmente adequado</b>	<b>Adequado</b>	<b>Totalmente adequado</b>	<b>IVC</b>
	A linguagem está adequada para o nível de conhecimento dos pacientes.				1 (25%)	3 (75%)	1
	São abordados os principais sinais e sintomas de descompensação da IC, alertando o paciente quanto ao risco de agravamento do quadro clínico.					4 (100%)	1
	Inchaço nas pernas e pés (edemas de membros inferiores) faz parte dos principais sinais e sintomas da IC.					4 (100%)	1
	Falta de ar durante atividades de vida diárias ou após um longo tempo deitado faz parte dos principais sinais e sintomas da IC.					4 (100%)	1
	Tosse seca ou acompanhada de muco faz parte dos principais sinais e sintomas da IC.					4 (100%)	1
	Dificuldade para realizar atividades rotineiras, como subir escadas e carregar pesos faz parte dos principais sinais e sintomas da IC.					4 (100%)	1
	Dificuldade para dormir devido ao desconforto respiratório, necessitando utilizar travesseiros mais altos para melhor acomodação.					4 (100%)	1

<b>Critérios [continua]</b>	<b>Totalmente inadequado</b>	<b>Inadequado</b>	<b>Parcialmente adequado</b>	<b>Adequado</b>	<b>Totalmente adequado</b>	<b>IVC</b>
Acúmulo de líquido no abdômen (conhecido como ascite) faz parte dos principais sinais e sintomas da IC.					4 (100%)	1
Ganho de peso faz parte dos principais sinais e sintomas da IC.					4 (100%)	1
Veias do pescoço saltadas (estase jugular) fazem parte dos principais sinais e sintomas da IC.					4 (100%)	1
Sensação de palpitações cardíacas (taquicardia/arritmias) faz parte dos principais sinais e sintomas da IC.					4 (100%)	1
Aumento da frequência em urinar, principalmente durante a noite faz parte dos principais sinais e sintomas da IC.				1 (25%)	3 (75%)	1
Desconforto no peito, falta de ar ou mudanças na frequência, ritmo, profundidade e esforço nas respirações fazem parte dos principais sinais e sintomas da IC.					4 (100%)	1



	<b>Crítérios [continua]</b>	<b>Totalmente inadequado</b>	<b>Inadequado</b>	<b>Parcialmente adequado</b>	<b>Adequado</b>	<b>Totalmente adequado</b>	<b>IVC</b>
<b>PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM SOBRE OS HÁBITOS SAUDÁVEIS (PRÁTICA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS E NUTRIÇÃO)</b>	Salienta quanto à importância de não interromper o esquema terapêutico e dá subsídios para que o paciente sempre esteja com a documentação do regime prescrito em mãos.				1 (25%)	3 (75%)	1
	Aborda de forma clara e concisa quanto aos hábitos saudáveis a serem adotados a fim de melhorar o quadro clínico e evitar descompensações.				1 (25%)	3 (75%)	1
	Traz prescrições de enfermagem acerca de alimentação saudável, respeitando suas possíveis dificuldades financeiras.				1 (25%)	3 (75%)	1
	Orienta o paciente a abandonar hábitos prejudiciais de forma gradual, a fim de respeitar o tempo que cada paciente, levará para isso.				1 (25%)	3 (75%)	1
	Abrange acerca da importância do controle do peso corpóreo e da ingestão e eliminação de líquidos e traz subsídios para o paciente acompanhar diariamente o peso, de forma clara e concisa.				1 (25%)	3 (75%)	1

	<b>Critérios [continua]</b>	<b>Totalmente inadequado</b>	<b>Inadequado</b>	<b>Parcialmente adequado</b>	<b>Adequado</b>	<b>Totalmente adequado</b>	<b>IVC</b>
<b>PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM SOBRE O EMOCIONAL</b>	As prescrições de enfermagem acerca da nutrição e exercícios físicos, apesar de orientar também ressaltam a importância do acompanhamento com os profissionais responsáveis por cada área.				1 (25%)	3 (75%)	1
	A cartilha preza não apenas pelas questões físicas, mas também psicossociais as quais o paciente com IC está exposto.				1 (25%)	3 (75%)	1
	As prescrições de enfermagem para o âmbito emocional englobam os principais pontos a serem abordados com o paciente com IC.				1 (25%)	3 (75%)	1

Ao término da 2ª rodada, após as sugestões de alterações acatadas, foi possível verificar maior concordância entre os juízes, o que culminou na validação do conteúdo da cartilha e possibilitou a mudança de fase para a validação da semântica com os enfermeiros *experts* em cardiologia/insuficiência cardíaca.

### 5.2.3 – Validação de semântica do plano de alta hospitalar de enfermagem

Os enfermeiros *experts* em estudos de cardiologia e insuficiência cardíaca avaliaram em uma única rodada a semântica do plano de alta construído em formato de cartilha. Foram questionados sobre questões que buscam elucidar quão compreensível está o instrumento elaborado para o público-alvo. Segue abaixo a tabela (tabela 6) que explicita como foi a rodada da avaliação dos validadores selecionados para a segunda etapa.

**Tabela 6** – Rodada para validação do conteúdo do plano de alta hospitalar de enfermagem para pacientes com insuficiência cardíaca. São Cristóvão, SE, Brasil, 2021.

	<b>Critérios [continua]</b>	<b>Totalmente inadequado</b>	<b>Inadequado</b>	<b>Parcialmente adequado</b>	<b>Adequado</b>	<b>Totalmente adequado</b>	<b>IVC</b>
<b>OBJETIVOS</b>	Atende aos objetivos dos enfermeiros que aplicarão o plano de alta para pacientes com Insuficiência Cardíaca.			2 (50%)	1 (25%)	1 (25%)	1
	Ajuda no momento do planejamento da alta.			1 (25%)	2 (50%)	1 (25%)	1
	Está adequado para ser utilizado por qualquer profissional que trabalhe com o paciente com IC.			2 (50%)	1 (25%)	1 (25%)	1
	Atende aos objetivos de instituições que trabalham com pacientes cardiopatas, especificamente com Insuficiência Cardíaca.			2 (50%)	1 (25%)	1 (25%)	1

<b>ESTILO DA ESCRITA</b>	<b>Critérios [continua]</b>	<b>Totalmente inadequado</b>	<b>Inadequado</b>	<b>Parcialmente adequado</b>	<b>Adequado</b>	<b>Totalmente adequado</b>	<b>IVC</b>
	A escrita está em estilo adequado a fim de atingir o público alvo.	1 (25%)	3 (75%)				0,75
	O texto está claro.		1 (25%)	3 (75%)			1
	O texto é interessante e causa curiosidade no leitor.		1 (25%)	3 (75%)			1
	Há associação do tema de cada sessão ao texto correspondente.		1 (25%)	2 (50%)	1 (25%)		1
	O estilo da redação corresponde ao nível de conhecimento do público-alvo.	2 (50%)	2 (50%)				0,5
<b>ORGANIZAÇÃO</b>	Os tópicos tem sequência lógica.		1 (25%)	3 (75%)			1
	Há coerência entre as informações contidas na cartilha.				3 (75%)	1 (25%)	1
	Os temas retratam aspectos-chave importantes.		1 (25%)	2 (50%)	1 (25%)		1

	<b>Crítérios [conclusão]</b>	<b>Totalmente inadequado</b>	<b>Inadequado</b>	<b>Parcialment adequado</b>	<b>Adequad</b>	<b>Totalmente adequado</b>	<b>IVC</b>
<b>MOTIVAÇ ÃO</b>	O material é apropriado para a idade, gênero e cultura.			3 (75%)	1 (25%)		1
	A cartilha aborda os assuntos necessários para o paciente com IC.			2 (50%)	2 (50%)		1
	Promove mudança de comportamento e atitude.			1 (25%)	1 (25%)	2 (50%)	1
	O plano de alta propõe ao profissional adquirir conhecimento para disseminar informações aos pacientes.				1 (25%)	3 (75%)	1

Após a finalização dessa etapa, foi possível verificar que algumas das alterações sugeridas por esses avaliadores iam de encontro ao que os avaliadores do conteúdo haviam sugerido anteriormente, foram estas: diminuição de textos acrescidos na etapa anterior e modificação do título. Por isso, essas sugestões não foram acatadas. No entanto, foram acatadas as sugestões sobre alertar quanto ao tratamento medicamentoso não ser utilizado de maneira igualitária por todos os pacientes, inserção de mais um horário nas prescrições medicamentosas (lanche da manhã), organização de referências, além da remoção das siglas “IC” para facilitar o entendimento do leitor. De maneira geral, a aplicabilidade da cartilha para os pacientes com insuficiência cardíaca congestiva foi validada nessa segunda fase visto que temos um IVC global satisfatório (0,95) e assim, finalizou-se a etapa de validação.

## 6 DISCUSSÃO

Desenvolveu-se um plano de alta de enfermagem porque acredita-se que o enfermeiro tem papel primordial no planejamento da alta hospitalar, e tem como uma de suas funções coordenar e realizar o cuidado de maior complexidade ao cliente, com vistas a construir um plano de maneira individualizada e personalizada para cada cliente que deixa o hospital (GONÇALVES-BRADLEY et al., 2016).

É importante que isso ocorra porque os pacientes em âmbito hospitalar recebem os cuidados e orientações da enfermagem direcionadas às suas necessidades e seu tratamento de maneira científica e profissional. No entanto, após a alta hospitalar, o paciente perde a presença do profissional que o acompanhava e seus cuidados devem ser realizados pelo próprio indivíduo, familiares e/ou cuidadores (PEREIRA, 2018). Por isso, deve-se prezar pelo amadurecimento do autocuidado e autonomia por parte desses sujeitos.

Sabe-se que para viabilizar a continuidade dos cuidados que foram iniciados no hospital, o paciente e seus familiares/cuidadores dependerão das orientações passadas a respeito dos sinais e sintomas de gravidade, medidas terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas, bem como, quando procurar um serviço de saúde, uma vez que essas informações contribuem para um melhor prognóstico do paciente e diminuem a insegurança, levando a uma melhor qualidade de vida no meio social e familiar (SOUSA, 2014).

Por isso, para garantir que os cuidados serão efetivamente realizados após a alta, é preciso um planejamento criado para cada paciente, de forma a contribuir no desenvolvimento das práticas de cuidados realizados por ele e seus familiares com a finalidade de dar seguimento ao tratamento iniciado em âmbito hospitalar. Esse instrumento tem potencial para proporcionar recuperação de forma a produzir bem-estar ao paciente de maneira humanizada (PEREIRA, 2018). Isso porque o enfermeiro se aproxima das habilidades e fragilidades dos envolvidos, demonstrando interesse em cuidar, para dessa forma torná-los aptos para desenvolver o cuidado em casa (PAES et al., 2017).

Visando complementar o exposto, tem-se a portaria N° 2.809, publicada em 2012, que define a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às outras Redes Temáticas de Atenção à Saúde no

âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e estabelece que o objetivo da alta hospitalar responsável, visa a preparação do usuário para o retorno ao ambiente domiciliar com segurança e qualidade para propiciar a continuidade dos cuidados, promoção da autonomia e reintegração social e familiar (BRASIL, 2012). Além disso, há uma pesquisa que corrobora com essa portaria e conceitua a alta como a manutenção da saúde, prevenção de agravos e possíveis recidivas e não como o final de um processo de cuidado (ARAÚJO, 2012).

Há também, uma gama de estudos que abordam e acreditam que o plano de alta é uma estratégia de continuidade do cuidado após a alta hospitalar. Além disso, afirmam que a sua finalidade deve ser tornar o paciente independente através da promoção do seu autocuidado para o ambiente domiciliar e/ou proporcionar um adequado preparo para a família conseguir adotar tais cuidados de maneira segura (MIASSO; CASSIANI, 2003; TEIXEIRA; RODRIGUES; MACHADO, 2012; REIS et al., 2013; SUZUKI; CARMONA; LIMA, 2011).

Outro estudo caracteriza esse momento como um período de vulnerabilidade para o paciente, visto que, quando ocorre a mudança entre a assistência profissional e o auto manejo domiciliar. Esses autores compreendem esse processo como a última possibilidade para o indivíduo e seus familiares questionarem e esclarecem as dúvidas. É um momento primordial para o profissional informar e ensinar, definir diagnósticos e intervenções, resumir procedimentos e recomendar um plano terapêutico de seguimento (REIS et al., 2013).

Frente às evidências trazidas, vale ressaltar que na construção desse plano de alta objetivou-se justamente proporcionar a esses pacientes com IC e seus familiares um momento com o profissional enfermeiro que esteve assistindo-o durante a internação para que fossem dadas as orientações mais frequentes para esse público e, também, pensadas as prescrições individualizadas. Por isso, foi incorporada durante o processo de validação uma sessão intitulada “anote suas prescrições individualizadas de enfermagem” em que os enfermeiros podem prescrever as atividades para cada paciente.

Encontram-se na literatura estudos que evidenciam quanto à necessidade do plano de alta ser individualizado e também incluir a família do paciente. Ressalta-se ainda que é um processo que deve ser iniciado já na admissão do usuário no serviço de saúde e desenvolvido durante todo o período da internação. E complementam que a existência

de um plano de alta padronizado na instituição aumenta a eficácia e qualidade do cuidado prestado (SUZUKI; CARMONA; LIMA, 2011; MIASSO; CASSIANI, 2003; TEIXEIRA; RODRIGUES; MACHADO, 2012; PAIVA; VALADARES, 2013; REIS et al., 2013;).

Dessa forma, pode-se destacar que o processo da construção prévia dos diagnósticos e intervenções de enfermagem baseadas nas taxonomias NANDA-I e NIC desse estudo possibilitou que o plano de alta retratasse os principais aspectos clínicos que necessitam de atenção no paciente com IC, o que proporcionou a elaboração de um instrumento norteador na condução clínica destes sujeitos.

As especificidades e cientificidade que a utilização dos sistemas de classificações de enfermagem trazem para a prática da profissão são imensuráveis e deve servir como base para todas as prescrições de cuidados de enfermagem aos pacientes, se tornando evidente a relevância de aplicá-las aos pacientes com IC nesse estudo.

Esse cuidado sistematizado demanda que os profissionais enfermeiros detenham conhecimento de um arcabouço teórico específico que embase as habilidades intelectuais de técnicas e criticidade, que objetive identificar e documentar os cuidados de forma padronizada através de terminologias padrões e que vincule os elementos essenciais para a prática profissional (MENEZES et al., 2020).

Os sistemas de classificação e linguagem padronizada podem ser utilizados como ferramenta que auxilia e qualifica o processo de enfermagem o que reflete diretamente no cuidado direcionado ao usuário. Os sistemas NANDA e NIC são utilizados em diferentes instituições de saúde no mundo inteiro e demonstram eficiência e eficácia além de fácil adaptação por parte dos profissionais (BOEIRA, SARTORI, BALTAZAR, 2020).

Sendo assim, frente às mais diversas doenças, a insuficiência cardíaca foi escolhida para essa construção justamente pelas particularidades de orientações que esses pacientes necessitam receber durante todo o processo clínico, mas principalmente, após uma hospitalização, visando evitar novas descompensações no período pós-alta que poderiam levar a novas internações e agravamento do quadro (MCCLINTON, et al., 2015).

Tem-se que um tratamento efetivo da IC é constituído pela união da terapia farmacológica e não farmacológica, visto que se deve otimizar e garantir o uso de fármacos comprovadamente efetivos na redução da morbimortalidade através da orientação à adesão à terapia associado às mudanças no estilo de vida relacionadas ao autocuidado (BERTUZZI et al., 2012).

Esses são objetivos totalmente alcançáveis através da construção de um plano de alta direcionado para as necessidades desse paciente. Isso porque o sucesso do tratamento depende da modificação de comportamentos por parte do paciente, como trazido anteriormente, levando a uma maior adesão. No entanto, para isso é necessário que ele tenha acesso a conhecimento adequado sobre a sua condição de saúde, sinais e sintomas de agravamento e sobre o seu tratamento.

Dessa maneira, esse instrumento foi elaborado de forma a englobar as principais necessidades de informações sobre os cuidados que os pacientes com insuficiência cardíaca demandam no período pós-alta hospitalar. Inicialmente foi exaltado acerca da importância de ele compreender o conceito básico sobre a sua patologia e logo após, ressaltou-se acerca da importância do autocuidado nesse processo.

Há autores que trazem que a prática do autocuidado na IC está intrinsecamente relacionada aos comportamentos das pessoas para manter a sua saúde e também às decisões que tomam quando ocorre a piora dos sintomas. Além disso, a manutenção do autocuidado engloba a adesão às recomendações farmacológicas, cessação do uso de tabaco, consumo de dieta com pouco sal, monitoração de peso e de sinais ou sintomas de descompensação diariamente e consumo limitado de álcool. Sendo assim, autocuidado é uma tomada de decisão na escolha de comportamentos que mantém a estabilidade do quadro clínico e, também, a resposta aos sintomas quando ocorrem (DA CONCEICAO et al., 2015).

Em contraponto ao que a literatura apresenta como necessário, esse estudo também afirmou que o autocuidado na IC é inadequado em geral e que alguns indivíduos que participaram em programa educacional de autogestão desempenharam melhor esse comportamento autorresponsável. Apresenta ainda que variáveis como aspectos culturais, características sociodemográficas e nível de educação, influenciam na prática de autocuidado de pacientes com IC (DA CONCEICAO et al., 2015).

Sendo assim, acredita-se que a falta de informações contribui para o isolamento social, piora da qualidade de vida, ausência do autocuidado, aumento das comorbidades, desconhecimento dos sinais e sintomas e por consequência, não aderência ao tratamento visto que a aquisição de conhecimentos é determinante para o sucesso do esquema terapêutico (BOCCHI et al., 2015).

Vale ressaltar então, que algumas orientações são gerais para os pacientes com insuficiência cardíaca e por isso foi possível construir o plano de alta com tópicos que englobam prescrições de enfermagem direcionadas, foram eles: “sinais e sintomas”, “medicamentos”, “hábitos saudáveis” e “emocional”, além do acréscimo de alguns instrumentos para anotação de parâmetros e prescrições individuais.

Ao que tange as orientações sobre a terapêutica, foram elencadas as principais classes farmacológicas direcionadas para o tratamento da IC e descritos os principais nomes, inclusive comerciais, a fim de facilitar a compreensão e associação dos pacientes para que assim pudessem conhecer os principais eventos adversos relacionados a cada droga. Foram utilizados os exemplos: captopril (Inibidor de Enzima Conversora de Angiotensina – IECA), carvedilol (betabloqueador), furosemida (diurético de alça), espironolactona (diurético poupador de potássio e/ou antagonista da aldosterona) e digoxina (digitálico antiarrítmico).

A literatura enfatiza quanto à importância dessas medicações para o paciente com IC. Há ensaios randomizados, placebo-controlados ou comparativos que testaram e elucidaram quanto aos benefícios que os IECA têm para esses indivíduos em diferentes estágios da IC e de disfunção ventricular sistólica. Elas são o grupo de drogas com benefícios comprovados na evolução desses pacientes, interferindo positivamente, tanto em relação à morbidade, como à mortalidade, além de melhorarem a qualidade de vida. Uso de IECA está embasado também para as diferentes etiologias de IC, bem como em pacientes com disfunção ventricular esquerda pós-infarto do miocárdio (YUSUF et al, 1992; DARGIE, 2001; COHN et al., 1991; CONSENSUS, 1987; YUSUF et al., 1991).

Quanto aos betabloqueadores, são considerados medicamentos de primeira linha no tratamento da IC, pois melhoram sintomas e reduzem as taxas de reinternações por IC em alguns estudos clínicos, além de determinar benefícios na mortalidade global, na morte por IC e por morte súbita (POOLE-WILSON et al., 2003). No entanto, os benefícios trazidos pelo uso de betabloqueadores podem tornar-se evidentes após vários

meses de uso. Sendo assim, é importante que o tratamento seja iniciado com doses baixas, com aumento gradativo a cada 02 semanas, frente ao monitoramento de bradicardia ou piora dos sintomas de IC (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2018).

Em referência aos diuréticos de alça, encontra-se que são a classe terapêutica mais amplamente utilizada em pacientes com IC para aliviar os sintomas de congestão. Isto porque há efeito terapêutico ao provocar diurese e alívio da sobrecarga volêmica. No entanto, ainda não há evidência robusta (ensaio clínico randomizado) que demonstre elevação de sobrevida com o uso de diuréticos. Há, porém, estudos observacionais que demonstrem potenciais efeitos deletérios do uso continuado e crônico de diuréticos, o que sugere associação com desfechos clínicos piores (TESTANI et al., 2011).

Há ainda classe farmacológica que não está indicada para uso global nos pacientes com IC, como é o caso dos antagonistas dos receptores mineralocorticoides, que devem ser prescritos para pacientes sintomáticos com disfunção sistólica do ventrículo esquerdo, e que estiverem classificados nas classes funcionais II a IV da NYHA devendo ser utilizados em associação ao tratamento padrão, o que tende a apresentar efeitos coesos sobre taxas de reinternação e mortalidade (PITT et al., 1999; ZANNAD et al., 2011).

Complementando as indicações das drogas elencadas no plano de alta, há os digitálicos que possuem apoio científico robusto no tratamento da IC, quando um ensaio clínico randomizou 6.800 pacientes sintomáticos e com ritmo sinusal para receberem digoxina ou placebo. Evidenciaram também redução nas hospitalizações e redução de mortes relacionadas a IC (DIGITALIS INVESTIGATION GROUP, 1997). Além disso, uma revisão sistemática demonstrou resultados semelhantes (HOOD et al., 2014).

Sendo assim, torna-se evidente a relevância dessas drogas estarem contidas no plano de alta de enfermagem para os pacientes com IC, visto que além de nortear a prática do enfermeiro nesse processo de alta acerca das prescrições de enfermagem, também orienta os pacientes sobre os possíveis eventos adversos relacionados ao uso de cada droga. Vale salientar que foi sinalizado aos pacientes que nem todo doente fará uso de todos os medicamentos contidos na cartilha.

Em complemento às orientações acerca do tratamento farmacológico, há as prescrições de enfermagem que impactam no tratamento não farmacológico também, e

por consequência, ajudam o paciente a aderir de forma mais significativa e atingir melhores resultados no pós-alta. Dentre essas orientações temos àquelas relacionadas a melhorias dos hábitos diários e cuidado com a saúde emocional.

É relevante que o enfermeiro se atente sobre as questões relacionadas aos hábitos dos pacientes, com o intuito de orientá-los de forma clara e concisa no decorrer do tratamento, assim como esclarecê-los sobre as modificações fisiológicas que acontecerão (FREITAS; PUSCHEL, 2013). Dessa forma, esse profissional pode dar orientações acerca da redução da ingestão de sódio, dieta e perda de peso, cessação do tabagismo e drogas ilícitas, uso moderado de bebidas alcoólicas, prática de exercícios, atividades laborais e sexuais.

Frente ao exposto, há evidências que reafirmam a importância dessas orientações. Acerca da redução de sódio, tem-se estudos que elucidam que o consumo excessivo de sódio e o de fluidos está associado ao agravamento do quadro de hipervolemia, o que constitui um fator de descompensação e risco elevado para hospitalização nos pacientes sintomáticos com IC crônica (ALBUQUERQUE et al., 2015; ARCAND et al., 2011; SON; LEE; SONG, 2011).

Além disso, há pesquisa que indica que a restrição mais intensa do sódio pode trazer benefícios em reduzir sintomas congestivos e reinternações em pacientes com IC avançada ou gravemente sintomática (LENNIE et al., 2011). Dessa forma, mesmo havendo algumas referências que enfatizam quanto ao possível efeito deletério da restrição excessiva de sódio (< 5g de sal por dia) (PATERNA et al., 2011; PARRINELLO et al., 2009), ainda é prudente prescrever que se evite ingerir de forma excessiva o sal na alimentação para todos os pacientes com IC crônica.

Ainda tratando-se de alimentação, no cenário das doenças cardiovasculares, um Índice de Massa Corporal (IMC) maior que 25 kg/m<sup>2</sup> é considerado como um fator de risco para complicações no quadro clínico. Alguns estudos trazem que a obesidade tem correlação com a queda da função sistólica ventricular esquerda, potencialmente reversíveis com a diminuição do peso (LAVIE et al., 2016; RIDER et al., 2009). No âmbito da IC grave, há ainda evidência que sugere efeitos benéficos da perda de peso em pacientes com obesidade mórbida (RISTOW et al., 2009). Sendo assim, então de suma importância que esses pacientes recebam orientações para buscar a manutenção do peso adequado através de dieta saudável, acompanhado por um especialista.

De forma a complementar a necessidade de mudanças do estilo de vida, há ainda as orientações acerca do tabagismo, uso de bebidas alcoólicas e prática de exercícios. Ressalta-se que todos os pacientes com IC devem receber encorajamento por parte da equipe para parar de fumar, sendo possível utilizar terapias com reposição de nicotina e/ou outros fármacos moduladores, respeitando as recomendações aceitas universalmente e utilizando o auxílio de serviços especializados (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2018). O tabagismo pode influenciar na qualidade de vida desses pacientes por levar ao agravamento da dispneia e da fadiga já provocados pela doença (ALMEIDA et al., 2013).

Quanto ao uso do álcool, há contraindicação para os pacientes que possuem miocardiopatia dilatada de origem alcoólica. Estes precisam abster-se totalmente do uso de bebidas alcoólicas, o que poderá se converter em melhora substancial da função do ventrículo (ROHDE; BECK-DA-SILVA, 2017). No entanto, o uso em baixas quantidades em pacientes com IC crônica estável de outras etiologias que não estejam relacionadas ao uso do álcool ainda é discutido. Por isso, deve-se explicar os potenciais riscos ao paciente e a decisão do uso pode ser de forma compartilhada (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2018).

De acordo com o exposto, faz-se relevante elucidar evidências sobre a prática de exercícios físicos de modo a integrar as orientações sobre hábitos saudáveis na IC. Há estudos como revisões sistemáticas e metanálises, além de randomizados que demonstram que o exercício físico regular é seguro, melhora a qualidade de vida, aumenta a tolerância aos exercícios físicos e reduz internações (FERRAZ; BOOCHI, 2008; BELARDINELLI et al., 1999; PIEPOLI et al., 2004). A aderência aos programas de exercícios foi avaliada como um fator determinante para benefícios a médio prazo para esse público (COOPER et al., 2015). No entanto, cabe ressaltar que em pacientes com classificação NYHA mais avançados (IV), não há dados suficientes para orientar programas de exercícios.

Além disso, é de suma importância que o paciente com IC não se esqueça dos cuidados com a saúde mental e emocional para conseguir lidar com todas essas modificações. Por isso, há no plano uma sessão específica para as prescrições de enfermagem sobre esse assunto. Tem-se que a depressão é muito frequente entre os pacientes que possuem insuficiência cardíaca (RUTLEDGE et al., 2006).

Portanto, enfatiza-se que as ações implementadas pelo enfermeiro nesse processo da alta hospitalar, estejam centradas no bem-estar e segurança dos pacientes com IC, em que as orientações visem abranger o preparo contínuo, efetivo e adequado para esse momento. Para além disso, englobe também os familiares, ofertando orientações de forma clara e objetiva, possibilitando a compreensão sobre os principais cuidados básicos e integrais preconizados para a continuação e sucesso do seu tratamento no ambiente domiciliar, com incentivo às mudanças no estilo de vida e fornece embasamento para o desenvolvimento da autonomia e gerenciamento do próprio cuidado com a saúde.

Com relação às limitações do estudo, é possível destacar acerca da impossibilidade da coleta de dados pessoalmente devido à pandemia do novo coronavírus o que impactou diretamente na etapa de validação da semântica que precisou ser ajustada para formulário online, em que há geralmente uma adesão menor dos envolvidos. A quantidade de avaliadores apesar de pequena, para esse estudo foi possível obter êxito na validação. Além disso, faz-se necessário estudo posterior para aplicação do plano de alta com os pacientes com IC para avaliar o impacto do instrumento na qualidade de vida e bem estar desses indivíduos.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo desenvolveu e validou um plano de alta hospitalar de enfermagem para pacientes com insuficiência cardíaca com o intuito de colaborar na prática dos enfermeiros, utilizando-se das taxonomias e das evidências encontradas na revisão integrativa para o embasamento da condução clínica. Sendo assim, a pesquisa metodológica mostrou-se apropriada para o desenvolvimento dessa pesquisa por ser o tipo de estudo que aborda a construção de novos instrumentos.

Esse plano de alta hospitalar de enfermagem teve com objetivo auxiliar os profissionais enfermeiros no processo da alta hospitalar e também, servir como cartilha que orienta os pacientes e seus familiares sobre os principais aspectos relacionados ao seu quadro clínico e possíveis cuidados pós-alta hospitalar, além de reservar espaços para as individualidades de cada sujeito em sessões abertas para escritas específicas.

A condução desse instrumento direcionando para a promoção do autocuidado fundamentou-se na teoria científica de enfermagem de Dorothea Orem, o que permite que se explore o potencial de ensinamento acerca da autonomia e autocuidado por parte do paciente e seus familiares. Vale ressaltar que nesse processo de mudança do ambiente hospitalar para o domiciliar é de suma importância que os envolvidos adquiram as características citadas para que a continuidade do cuidado seja efetiva.

Dessa forma, o estudo desenvolvido e o seu produto – o plano de alta hospitalar de enfermagem – apresentam potencial para auxiliar os profissionais de enfermagem e aos pacientes e cuidadores/familiares durante esse processo de transição, facilitando assim a adesão ao tratamento prescrito e diminuindo a possibilidade de reinternações por conta de piora no quadro clínico.

Estudos posteriores podem ser desenvolvidos com vistas à avaliação do impacto desse instrumento na prática clínica e na vivência desses pacientes pós-alta, o que poderá apresentar qual a efetividade do plano traçado entre os envolvidos no projeto terapêutico.

## 8 REFERÊNCIAS

ABDELHAK, M.; GROSTICK, S.; HANKEN, M.A. **Health Information – E-Book: Management of a Strategic Resource** [s.l.] Elsevier Health Sciences, 2014.

ABUHAB, A. Análise de dados de pacientes internados por insuficiência cardíaca descompensada – impacto sobre desfechos clínicos e custos. **Biblioteca digital da USP**. 2012, 1- 179. doi:10.11606/T.5.2012.tde-30072012-080321.

ADAMY, E.K., et al. Integração ensino-serviço: estratégia para a consolidação do Processo de Enfermagem. **In: Vendruscolo C et al. Educação Permanente em Saúde de Santa Catarina: entre cenários e práticas**. Porto Alegre: Rede Unida; 2018

Adaptado de DOLGIN, M., ASSOCIAÇÃO NYH, FOX, A.C., GORLIN, R., LEVIN, R.I., NEW YORK HEART ASSOCIATION. Comitê de Critérios. **Nomenclatura e critérios para o diagnóstico de doenças do coração e grandes vasos**. 9. ed. Boston, MA: Lippincott Williams e Wilkins; 1 de março de 1994.

ALBERT, N.M., et al. Hospital nurses' comfort in and frequency of delivering heart failure self-care education. **European Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 14, n. 5, p. 431-440, 2015.

ALBUQUERQUE, D.C., et al. Investigadores Estudo BREATHE. I Brazilian Registry of Heart Failure - Clinical aspects, care quality and hospitalization outcomes. **Arq Bras Cardiol**. 2015;104(6):433-42.

ALBUQUERQUE, V.S., et al. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 2008; 32(3): 356-62.

ALLISON, S. E. Self-Care Requirements for Activity and Rest: An Orem Nursing Focus. **Nursing Science Quarterly**, v.20, n.1, p.68-76, 2007.

ALMEIDA, G.A.S., et al. Perfil de saúde de pacientes acometidos por insuficiência cardíaca. **Esc Anna Nery** 2013; 17 (2):328 – 335

ARAÚJO, F.S.R. **O planejamento da alta hospitalar pelo enfermeiro aos clientes das unidades clínicas & cirúrgicas: perspectiva da complexidade em saúde numa atitude transdisciplinar** [dissertação]. Niterói: Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa - Universidade Federal Fluminense; 2012.

ARCAND, J., et al. A high-sodium diet is associated with acute decompensated heart failure in ambulatory heart failure patients: a prospective follow-up study. **Am J Clin Nutr**. 2011;93(2):332–7.

BELARDINELLI, R., et al. Randomized, controlled trial of long-term moderate exercise training in chronic heart failure: effect on functional capacity, quality of life, and clinical outcome. **Circulation**. 1999;99(9):1173-82.

BERTUZZI, D., et al. The knowledge of patients with heart failure in the homecare context: an experimental study. **Online Brazilian J. Nurs.** [Internet] 2012;11(3).

BIRJANDI, A.; BRAGG, L. M. Discharge planning handbook for healthcare: Top 10 secrets to unlocking a new revenue pipeline. **Productivity Press.** 2008.

BOCCHI, E.A., et al. **III Brazilian Guideline of chronic heart failure.** Arq Bras Cardiol.93(1 supl.1):3-70, 2015.

BOCCHI, E.A., et al. Interamerican Society of Cardiology. The reality of heart failure in Latin America. **J Am Coll Cardiol.** v.62, n.11, p. 949-58, 2013.

BOEIRA, S.; SARTORI, R.; BALTAZAR, E.M. Enfermagem Inovação, Tecnologia e Educação em Saúde. IN: “Educação permanente para qualificação do processo de enfermagem com o uso de terminologia padronizada de enfermagem”. **Editora Científica Digital.** 2020. Doi: 10.37885/200800806

BRASIL. Morbidade hospitalar do SUS, 2020. **DATASUS.** Brasília. Recuperado em 02 de Maio de 2020, de <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.809, de 7 de dezembro de 2012.** Estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2012.

BREHMER, L.C.F., RAMOS, F.R.S. Integração ensino-serviço: implicações e papéis em vivências de Cursos de Graduação em Enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP.** 2014; 48(1): 118-24.

BROWN, M.T.; BUSSELL, J.K. Medication adherence: WHO cares? **Mayo Clin Proc.** v. 86, n.4, p. 304-14, 2011.

BUTLER, J., GHEORGHIADE, M., METRA, M. Moving away from symptoms-based heart failure treatment: misperceptions and real risks for patients with heart failure. **Eur J Heart Fail.** v.18, n.4, p.350-2, 2016.

CARTHON, J.M.B., et al. The quality of hospital work environments and missed nursing care is linked to heart failure readmissions: a cross-sectional study of US hospitals. **BMJ Quality & Safety,** v. 24, n. 4, p. 255-263, 2015.

CARVALHO, C.M.G. et al. Sistemas de Informação em Saúde que integram terminologias de Enfermagem: uma revisão de literatura. *Journal of Health Informatics,* v. 4, n. 2, 2012.

CHEADE, M.F.M., et al. Residência multiprofissional em saúde: a busca pela integralidade. **CogitareEnferm.** [Internet], v.18, n.3, 2013.

COHN, J.N., et al. A comparison of enalapril with hydralazine-isosorbide dinitrate in the treatment of chronic congestive heart failure. **N Engl J Med.** 1991;325(5):303-10.

COLEMAN, E.A.; BOULT, C. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. **J Am Geriatr Soc.** v.51, n.4, p.556-7, 2003.

CONSENSUS Trial Study Group. Effects of enalapril on mortality in severe congestive heart failure. Results of the Cooperative North Scandinavian Enalapril Survival Study (CONSENSUS). **N Engl J Med.** 1987;316(23):1429-35.

COOPER, L.B., et al. Psychosocial factors, exercise adherence, and outcomes in heart failure patients: insights from heart failure: a controlled trial investigating outcomes of exercise training (HF-ACTION). **Circ Heart Fail.** 2015;8(6):1044-51.

COWIE, M.R., et al. The Optimize Heart Failure Care Program: initial lessons from global implementation. **Int J Cardiol.** v. 236, n1, p. 340-4, 2017.

DA CONCEIÇÃO, A.P., et al.. Self-care in heart failure patients. **Rev. Latino-Americana Enfermagem.** [Internet] 2015;23(4).

DARGIE, H.J. Effect of carvedilol on outcome after myocardial infarction in patients with left-ventricular dysfunction: the CAPRICORN randomised trial. **Lancet.** 2001;357(9266):1385-90.

DELATORRE, P.G., et al. Planning for hospital discharge as a strategy for nursing care: integrative review. **Rev enferm UFPE on line.** 7(esp):7151-9, 2013.

DELISLE, D.R. Care transitions programs: a review of hospital-based programs targeted to reduce readmissions. **Prof Case Manage.** v.18, n.6, p.273-83, 2013.

DE SOUZA, P.M.B.B.; DE CARVALHO QUELUCI, G. The art of caring for patients with heart failure at hospital discharge: considerations for nursing healthcare practice. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online,** v. 6, n. 1, p. 153-167, 2014.

DIGITALIS INVESTIGATION GROUP. The effect of digoxin on mortality and morbidity in patients with heart failure. **N Engl J Med.** 1997;336(8):525-33.

DOCHTERMAN, J. M.; BULECHEK, G. M., & BUTCHER, H. K. **Classificação das intervenções de enfermagem (NIC).** 6ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

DOURADO, M.B.; OLIVEIRA, F.S.; GAMA, G.G.G. Perfis clínico e epidemiológico de idosos com insuficiência cardíaca. **Rev enferm UFPE online.** v.13, n.1, p.408-15, 2019.

DUNN, K.; ROGERS, J. Discharge Facilitation: An Innovative PNP Role. **J Pediatr Health Care.** v.30, n5, p.499-505, 2016.

DUSEK, B., et al. Care transitions a systematic review of best practices. **J Nurs Care Qual.** v.30, n.3, p.233-9, 2015.

FALKENBERG, M.B., et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciênc saúde coletiva**. 2014;19(3):847-852.

FERRAZ, A.S., BOOCHI, E.A. Efeitos do treinamento físico na morbidade e mortalidade em pacientes com IC: como implementar sua aplicação na prática clínica. **Rev Soc Cardiol**. Estado de São Paulo. 2008;18(1):23-36

FOSTER, P. C.; BENNETT, A. M. Dorothea E. Orem. In: GEORGE, J. B. Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional. 4.ed. Porto Alegre: **Artmed**, 2000, p.88.

FREITAS, M.T.S., PUSCHEL, V.A.A. Heart failure: expressions of personal knowledge about the disease. **Rev Esc Enferm USP**. 2013; 47(4):919-26.

GALVÃO, M.C.B. **Uso de linguagens de especialidades na prática profissional. Classificação internacional para a prática de enfermagem CIPE: aplicação à realidade brasileira**, 2015.

GARCIA, T.B., NÓBREGA, M.M.L. Processo de Enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Esc. Anna Nery. Rev. Enfermagem**. 2009. 13(1): 188-93.

GEIST, M.R. Using the Delphi method to engages take holders: a comparison of two studies. **Eval Program Plann**. v.33, n.2, p.147-54, 2010.

GISLASON, G.H., et al. Persistent use of evidence-based pharmacotherapy in heart failure is associated with improved outcomes. **Circulation**. v.116, n. 7, p. 737-44, 2007.

GONÇALVES, F G.; DE ALBUQUERQUE, D.C.. Educação em saúde de pacientes portadores de insuficiência cardíaca [Health education of patients with heart failure]. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 22, n. 3, p. 422-426, 2014.

GONÇALVES-BRADLEY, D.C., et al. Discharge planning from hospital. **Cochrane Database Syst Rev**. 2016 Jan;1:CD000313.

GRAMINHA, P.M.F. **Comunicação em saúde no aleitamento materno: desenvolvimento e validação de cenário para a Simulação Clínica na enfermagem**. Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental. 96 p.: il; 30 cm. Ribeirão Preto, 2019.

GRANGER, B.B., et al. Adherence to candesartan and placebo and outcomes in chronic heart failure in the CHARM programme: double-blind, randomised, controlled clinical trial. **Lancet**. v. 366, n. 9502, p. 2005-11, 2005.

HERMIDA, P.M.V., et al. Educação em saúde nas práticas do subsistema profissional de saúde. **Rev baiana enferm**. 2016;30(2):1-12.

- HINKLE, J.L.; CHEEVER, K.H. Brunner e Suddarth: **Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica**. 13. ed, volume 1. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2017.
- HOEKSTRA, T. et al. Nurse-led interventions in heart failure care: patient and nurse perspectives. **Eur j cardiovasc nurs**. 2010; 9: 226-32.
- HOOD, W.B.J.R., et al. Digitalis for treatment of heart failure in patients in sinus rhythm. **Cochrane Database Syst Rev**. 2014 Apr 28;(4):CD002901.
- HUNT, A.S., et al. 2009 focused update incorporated into the ACC/AHA 2005 guidelines for the diagnosis and management of heart failure in adults: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. **J Am Coll Cardiol**. v.53, n.15, e1-90, 2009
- KRIPALANI, S., et al. Reducing hospital readmission rates: current strategies and future directions. **AnnuRev Med. [Internet]**, v.65, 2014.
- KRUMHOLZ, H.M. et al. Randomized trial of an education and support intervention to prevent readmission of patients with heart failure. **J Am Coll Cardiol**, v.39, n.1, p.83-9, 2002.
- LAUGALAND, K; AASE, K.; WARING, J. Hospital discharge of the elderly-an observational case study of functions, variability and performanceshaping factors. **BMC Health Serv Res**. v.14, p.365, 2014.
- LAVIE, C.J., et al. Update on Obesity and Obesity Paradox in Heart Failure. **Prog Cardiovasc Dis**. 2016;58(4):393-400.
- LEITE, M.M.J.; PRADO, C.; PERES, H.H.C. Educação em saúde: desafios para uma prática inovadora. **Difusão Editora**, 2018.
- LENNIE, T.A., et al. Threegram sodium intake is associated with longer event-free survival only inpatients with advanced heart failure. **J Card Fail**. 2011;17(4):325-30.
- LESSA, Q.C.S.S.; FROSSARD, J.M.; QUELUCI, G.C. Educação de pacientes com insuficiência cardíaca pelo enfermeiro: uma revisão integrativa. **R. pesq.: cuid. fundam. Online**, v. 2, (Ed. Supl.), p. 591-595, 2010.
- LIN, F., et al. Factors contributing to the process of intensive care patient discharge: an ethnographic study informed by activity theory. **International Journal of Nursing Studies**, a. 50, n. 8, p. 1054-1066. 2013.
- MABIRE, Cedric et al. Patient readiness for hospital discharge and its relationship to discharge preparation and structural factors: A cross-sectional study. **International journal of nursing studies**, v. 90, p. 13-20, 2019.
- MANN, D.L., et al. **Braunwald's heart disease: a textbook of cardiovascular medicine**. 10th ed. Philadelphia: Elsevier; 2015.

MCBRIDE, A., et al. The role of patient-held alert cards in promoting continuity of care for heart failure patients. **European Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 13, n. 1, p. 71-77, 2014.

MCCLINTON, K., et al. Hospital Readmission Rates Among Disadvantaged Heart Failure Patients Enrolled in Outreach Program. **Journal of Cardiac Failure**, v. 21, n. 8, p. S79, 2015.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**. v.17, n 4, p.758-64, 2008.

MENEZES, H.F. et al. Termos da linguagem especializada de enfermagem para pacientes renais crônicos em tratamento conservador. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020.

MIASSO, A.I., CASSIANI, S.H.B. Administração de medicamentos: orientação final de enfermagem para a alta hospitalar. **Rev Esc Enferm USP**. 2003; 39(2):136-44.  
MIXON, A.S., et al. Characteristics associated with postdischarge medication errors. **Mayo Clin Proc**. v.89, n.8, p.1042-51, 2014.

MOZAFFARIAN, D., et al. Heart disease and stroke statistics-2016 update: a report from the **American Heart Association**. **Circulation**. v.133, n.4, p.38-360, 2016.

MURTAUGH, C.M. et al. Reducing readmissions among heart failure patients discharged to home health care: effectiveness of early and intensive nursing services and early physician follow-up. **Health services research**, v. 52, n. 4, p. 1445-1472, 2017.

**NANDA-Internacional: Definições e classificação 2018-2020**. 11. ed. Porto Alegre: Artmed; 2018; 1187p.

OKOLI, C.; PAWLOWSKI, S.D. **O método Delphi como ferramenta de pesquisa: um exemplo, considerações de design e aplicações**. *Inf & Manag*. 2004; 42: 15–29.

OLIVEIRA, M.S. **Autocuidado da Mulher na Reabilitação na Mastectomia: Estudo de Validação de Aparência e Conteúdo de uma Tecnologia Educativa**. 2006. 115f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem- Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Glossary of Terms for Community Health Care and Services for Older Persons**. 2004. Disponível em:  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68896/WHO\\_WKC\\_Tech.Ser.\\_04.2.pdf;jsessionid=2E0C8E38A7313BB9C1091DD2C837747F?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68896/WHO_WKC_Tech.Ser._04.2.pdf;jsessionid=2E0C8E38A7313BB9C1091DD2C837747F?sequence=1)

OREM, D. E. **Nursing: concepts of practice**. 6.ed. St Louis: Mosby, 2001.

OREM, D. E.; TAYLOR, S. G. Reflections on Nursing Practice Science: The Nature, the Structure, and the Foundation of Nursing Sciences. **Nursing Science Quarterly**, v.24, n.1, p.35– 41, 2011.

PADILHA, K.G., et al. Enfermagem em UTI: cuidando do paciente crítico. In: **MAZÓCOLI, E. Insuficiência Cardíaca Congestiva**. 2. Ed. São Paulo: Manole, 2016.

PAES, D.C.Z., et al. Suggestions for the improvement of guidance at the hospital discharge of children in post hematopoietic stem cell transplantation. **Cogitare enferm**. 2017;20(4):e50265.

PAIVA, R.S., VALADARES, G.V. Vivenciando o conjunto de circunstâncias que influenciam na significação da alta hospitalar: estudo de enfermagem. **Esc Anna Nery** (impr.). 2013; abr - jun; 17 (2):249-255.

PARRINELLO, G., et al. Long-term effects of dietary sodium intake on cytokines and neurohormonal activation in patients with recently compensated congestive heart failure. **J Card Fail**. 2009;15(10):864-73.

PATERNA, S., et al. Short-term effects of hypertonic saline solution in acute heart failure and long-term effects of a moderate sodium restriction in patients with compensated heart failure with New York Heart Association class III (Class C) (SMAC-HF Study). **Am J Med Sci**. 2011;342(1):27-37.

PEREIRA, J.S.P. A Influência da Orientação Da Enfermagem Antes Da Alta Hospitalar No Prognóstico Do Paciente. **Amazônia: Science & Health**. v. 6, n. 4, 2018.

PESUT, D.J. **Reflective Clinical Reasoning**. In L.C. Haynes, H.K. Butcher, & T.A. Boese: *Nursing in Contemporary Society Issues, Trends and Transition to Practice*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 2004.

PIEPOLI, M.F., et al. ExTraMATCH Collaborative. Exercise training meta-analysis of trials in patients with chronic heart failure. **BMJ**. 2004;328(7433):189.

PINTO, J. S., et al. Intervenção educacional no gerenciamento do autocuidado domiciliar para pacientes com insuficiência cardíaca: revisão sistemática. In: **Congresso Internacional de Enfermagem**. 2019.

PITT, B., et al. The effect of spironolactone on morbidity and mortality in patients with severe heart failure. Randomized Aldactone Evaluation Study Investigators. **N Engl J Med**. 1999;341(10):709-17.

POLIT, D.F; BECK, C.T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. Ed. Porto Alegre, Artmed, 2011.

PONIKOWSKI, P., et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. **Eur Heart J**. v.37, n.27, p.2129-200, 2016.

POOLE-WILSON, P.A., et al; COMET investigators. Comparison of carvedilol and metoprolol on clinical outcomes in patients with chronic heart failure in the Carvedilol Or Metoprolol European Trial (COMET): randomised controlled trial. **Lancet**. 2003;362(9377):7-13

POTTER, P.A., PERRY, A.G. Fundamentos de Enfermagem. 8a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.

RABELO, E.R. et al. Enfermagem em cardiologia baseada em evidência. **Rev HCPA**, v.27, n.2, p.43-8, 2007.

RABELO, E.R. et al. Impact of nursing systematic education on disease knowledge and self-care at a heart failure clinic in Brazil: prospective an interventional study. **Online braz j nurs**. 2007; 6(3).

RAIMONDO, M. L. et al. Produção científica brasileira fundamentada na Teoria de Enfermagem de Orem: revisão integrativa. **Rev Bras Enferm**, v.65, n.3, p.529-34, Mai./Jun., 2012.

REIS, A.P.M., et al. Prevalência de internações hospitalares por insuficiência cardíaca no Brasil: um problema de saúde pública. **Rev. Educ. em Saúde**, 2016; 4 (2): 24-30.

REIS, P.G.T.A., et al. Orientações de alta: cartões padronizados ajudam na compreensão dos pacientes do pronto socorro? **Rev. Col. Bras**. 2013; Cir. 40(4): 335-341

RIDER, O.J., et al. Beneficial cardiovascular effects of bariatric surgical and dietary weight loss in obesity. **J Am Coll Cardiol**. 2009;54(8):718-26.

RISTOW, B., RABKIN, J., HAEUSSLEIN, E. Improvement in dilated cardiomyopathy after bariatric surgery. **J Card Fail**. 2008;14(3):198–202.

ROHDE, L.E., BECK-DA-SILVA, L. Alcohol and the heart: the good, the bad and the worse in heart failure. **Heart**. 2018 Apr 5. pii: heartjnl-2017-312924.

ROHDE, L.E.P., et al. Diretriz brasileira de insuficiência cardíaca crônica e aguda. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2018, 111 (3), 436-539. doi:10.5935/abc.20180190

ROSSI, LA.; CASAGRANDE, L.D.R. **Processo de enfermagem: a ideologia da rotina e a utopia do cuidado individualizado**. In: Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, Anabuki MH, organizadores. Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. São Paulo: Ícone: 2001; p: 41-62.

ROWE, G.; WRIGHT, G. **A técnica Delphi como ferramenta de previsão: questões e análise**. Previsão Int J. 1999; 15: 353–75

RUTLEDGE, T., et al. Depression in heart failure a meta-analytic review of prevalence, intervention effects, and associations with clinical outcomes. **J Am Coll Cardiol.** 2006;17;48(8):1527-37.

SACCOMANN, I.C.R., et al. Fatores associados às crenças sobre adesão ao tratamento não medicamentoso de pacientes com insuficiência cardíaca. **Revista Escola de Enfermagem da USP.** 2014, 48 (1), 18 - 24. doi:10.1590/S0080-623420140000100002

SELBY, E.M.; TRUPP, R.J. Nursing considerations for the management of heart failure in the emergency department. **Heart Failure Clin.** 2009; 5: 125-8.

SEPULVEDA-PACSI, A.L. Emergency nurses' perceived confidence in participating in the discharge process of congestive heart failure patients from the emergency department: A quantitative study. **Hispanic Health Care International**, v. 17, n. 1, p. 30-35, 2019.

SILVA, J. V. et al. **Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado – Dorothea Orem.** In: SILVA, J. V.; BRAGA, C. G. Teorias de Enfermagem. 1.ed. São Paulo: Iátria, 2011, p.94.

SLADE, S.C. et al. **Método padronizado para relatar programas de exercícios: protocolo para um estudo Delphi modificado.** *BMJ Open.* 2014; 4: e006682.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. **Arq Bras Cardiol.** v.111, n.3, p.436-539, 2018.

SON, Y.J., LEE, Y., SONG, E.K. Adherence to a sodium-restricted diet is associated with lower symptom burden and longer cardiac event-free survival inpatients with heart failure. **J Clin Nurs.** 2011;20(21-22):3029-38.

SOUSA, V.P. **A importância das orientações ao paciente hipertenso na alta hospitalar.** 2014. 19 F.Monografia – Universidade Federal de Santa Catarina – Departamento de Enfermagem, Florianópolis, 2014

SOUZA JÚNIOR, E.V. et al. Perfil epidemiológico da morbimortalidade por insuficiência cardíaca no Brasil entre 2013 a 2017. **Enfermería Actual de Costa Rica**, n. 39, p. 156-169, 2020.

SUZUKI, V.F., CARMONA, E.V., LIMA, M.H.M. Planejamento da alta hospitalar do paciente diabético: construção de uma proposta. **Revista da Escola de Enfermagem USP.** 2011; v. 45, n. 2, 527-32.

TEIXEIRA, J.P.D.S., RODRIGUES, M.C.S., MACHADO, V.B. Educação do paciente sobre regime terapêutico medicamentoso no processo de alta hospitalar: uma revisão integrativa. **Rev Gaúcha Enferm.** 2012; Porto Alegre (RS); 33(2):186-196.

TEJADA-TAYABAS, L.M.; PARTIDA-PONCE, K.L.; HERNÁNDEZ-IBARRA, L.E. Coordinated hospital-home care for kidney patients on hemodialysis from the

perspective of nursing personnel **Rev Latino Am Enfermagem**. v.23, n.2, p.225-33, 2015.

TESTANI, J.M., et al. Interaction between loop diuretic-associated mortality and blood urea nitrogen concentration in chronic heart failure. **J Am Coll Cardiol**. 2011;58(4):375-82.

THOMA, J.E.; WAITE, M.A. Experiences of nurse case managers within a central discharge planning role of collaboration between physicians, patients and other healthcare professionals: A sociocultural qualitative study. **J Clin Nurs**. 2017.

ULIN, Kerstin et al. Person-centred care—An approach that improves the discharge process. **European Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 15, n. 3, p. e19-e26, 2016.

VITURI, D.W.; MATSUDA, L.M. Validação de conteúdo de indicadores de qualidade para avaliação do cuidado de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**. 2009, vol.43, n.2, pp.429-437.

WEBER, L.A.F, et al. Transição do cuidado do hospital para o domicílio: revisão integrativa. **Cogitare Enferm**. v.22, n.3, p.47615, 2017

WEEKS, L.E., et al. The impact of transitional care programs on health services utilization in community-dwelling older adults: a systematic review. **JBI Database System Rev Implement Rep**. v.16, n.2, p.345-384, 2018.

YUSUF, S., et al; SOLVD Investigators. Effect of enalapril on mortality and the development of heart failure in asymptomatic patients with reduced left ventricular ejection fraction. **N Engl J Med**. 1992;327(10):685-91.

YUSUF, S., et al; SOLVD Investigators. Effect of enalapril on survival in patients with reduced left ventricular ejection fractions and congestive heart failure. **N Engl J Med**. 1991;325(5):293-302.

ZANNAD, F., et al; EMPHASIS-HF Study Group. Eplerenone in patients with systolic heart failure and mild symptoms. **N Engl J Med**. 2011;364(1):11-21.



## APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO (*EXPERTS*)

### UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO INTERNA (PROFESSORES DA ÁREA DA SAÚDE) adaptado de Oliveira, 2006

Data: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Nome do Instrumento: Plano de alta hospitalar de enfermagem para pacientes com Insuficiência Cardíaca

#### Parte I- IDENTIFICAÇÃO DOS JUÍZES-ESPECIALISTAS

Nome completo: \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) M ( ) F

Área de formação \_\_\_\_\_ Tempo de formação: \_\_\_\_\_

Função/cargo \_\_\_\_\_

Tempo de trabalho na área \_\_\_\_\_

Tempo de formação: \_\_\_\_\_

Titulação: ( ) Especialização/Residência ( ) Mestrado ( ) Doutorado ( ) Pós Doutorado

Especificar: \_\_\_\_\_

Publicação de pesquisa envolvendo a temática:

( ) Cardiologia ( ) Insuficiência Cardíaca ( ) Taxonomias ( ) Validação

( ) Outro. Especificar \_\_\_\_\_

**PARTE II- INSTRUÇÕES** Leia minuciosamente o plano de alta. Em seguida analise o instrumento marcando um X em um dos números que estão localizados na frente de cada item. Dê a sua opinião de acordo com a abreviação que melhor represente o grau em cada critério abaixo:

#### Valoração

**1- Totalmente inadequado 2- Inadequado**

**3- Parcialmente adequado 4- Adequado**

**5 – Totalmente adequado**

Para as opções 1 e 2, descreva o motivo pelo qual considerou esse item no espaço destinado após o item.

OBS: Não existem respostas corretas ou erradas. O objetivo é conhecer a sua opinião. Por favor, responda a todos os itens.

**1 – OBJETIVOS:** Refere-se aos propósitos, metas ou fins que se deseja atingir com a utilização do instrumento (São eles: promover o autocuidado do paciente com IC que recebeu alta hospitalar a fim de melhorar a qualidade de vida e evitar piora do quadro clínico).

1.1 Os objetivos do plano de alta (promover o autocuidado do paciente com IC que recebeu alta hospitalar, melhorar a qualidade de vida e evitar a piora do quadro clínico) são coerentes com as necessidades do paciente com Insuficiência Cardíaca	1	2	3	4	5
1.2 São coerentes do ponto de vista do processo de adaptação à condição clínica	1	2	3	4	5
1.3 Promove mudança de comportamento e atitude	1	2	3	4	5
1.4 Atende aos objetivos de instituições que trabalham com pacientes cardiopatas, especificamente com Insuficiência Cardíaca	1	2	3	4	5

**Sugestões/recomendações:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**2 – ESTRUTURA:** Refere-se à forma de apresentar as orientações. Isto inclui sua organização geral, estrutura, coerência e formatação.

2.1 O plano de alta é apropriado para pacientes com Insuficiência Cardíaca	1	2	3	4	5
2.2 Os itens estão apresentados de maneira clara e objetiva	1	2	3	4	5

2.3 As informações apresentadas estão cientificamente corretas	1	2	3	4	5
2.4 O material está apropriado ao público-alvo proposto	1	2	3	4	5
2.5 Há sequência lógica do conteúdo proposto	1	2	3	4	5
2.6 As informações estão bem estruturadas em concordância e ortografia	1	2	3	4	5
2.7 O estilo da redação corresponde ao nível de conhecimento do público-alvo	1	2	3	4	5

---



---



---

**3 – CAPA:** Refere-se à capa da cartilha de alta hospitalar construída

3.1 O título se adequa ao objetivo da cartilha de alta, chamando a atenção para o tema proposto	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

**4 – SUMÁRIO:** Refere-se à organização dos tópicos que serão abordados na cartilha

4.1 Os tópicos retratados no sumário resumem de forma concisa o que será abordado na cartilha	1	2	3	4	5
4.2 Os números e tópicos são apresentados claramente e sem dificuldade de entendimento	1	2	3	4	5

**5 – INTRODUÇÃO:** Refere-se aos conceitos trazidos na introdução acerca da IC e da importância do autocuidado

5.1 O conceito de Insuficiência Cardíaca (IC) é	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

apresentado de forma simples a fim de atingir o nível de conhecimento do público					
5.2 A importância do autocuidado é retratada de forma a sensibilizar o paciente a aderir aos cuidados com sua saúde	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
5.3 É estimulada a leitura da cartilha a fim de orientar quanto às práticas de autocuidado	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

**6 – SINAIS E SINTOMAS:** Refere-se ao tópico que explica acerca dos principais sinais e sintomas apresentados pelo paciente de IC

6.1 Aborda conceitos iniciais acerca do aparecimento repentino ou silencioso dos sinais e sintomas, a fim de alertar o paciente	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
6.2 A linguagem está adequada para o nível de conhecimento dos pacientes	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
6.3 São abordados os principais sinais e sintomas de descompensação da IC, alertando o paciente quanto ao risco de agravamento do quadro clínico	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
6.3.1 Inchaço nas pernas e pés (edemas de membros inferiores) faz parte dos principais sinais e sintomas da IC	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
6.3.2 Falta de ar durante atividades de vida diárias ou após um longo tempo deitado faz parte dos principais sinais e sintomas da IC	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
6.3.3 Tosse seca ou acompanhada de muco faz parte dos principais sinais e sintomas da IC	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

6.3.4 Dificuldade para realizar atividades rotineiras, como subir escadas e carregar pesos faz parte dos principais sinais e sintomas da IC	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
6.3.5 Dificuldade para dormir devido ao desconforto respiratório, necessitando utilizar travesseiros mais altos para melhor acomodação	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
6.3.6 Acúmulo de líquido no abdômen (conhecido como ascite) faz parte dos principais sinais e sintomas da IC	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
6.3.7 Ganho de peso faz parte dos principais sinais e sintomas da IC	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
6.3.8 Veias do pescoço saltadas (estase jugular) fazem parte dos principais sinais e sintomas da IC	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
6.3.9 Sensação de palpitações cardíacas (taquicardia/arritmias) faz parte dos principais sinais e sintomas da IC	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
6.3.10 Aumento da frequência em urinar, principalmente durante a noite faz parte dos principais sinais e sintomas da IC	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
6.3.11 Desconforto no peito, falta de ar ou mudanças na frequência, ritmo, profundidade e esforço nas respirações fazem parte dos principais sinais e sintomas da IC	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
6.3.12 Sensação de cansaço, fadiga, fraqueza ou peso nas pernas fazem parte dos principais sinais e sintomas da IC	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

6.3.13 Ruídos nos pulmões fazem parte dos principais sinais e sintomas da IC	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

**7 – MEDICAMENTOS:** Refere-se ao tópico que aborda acerca das atividades referentes ao uso dos medicamentos e adesão ao tratamento medicamentoso

7.1 Aborda de forma clara e concisa quanto às possíveis reações adversas causadas pelas principais medicações utilizadas pelos pacientes com IC	1	2	3	4	5
7.2 Apresenta prescrições de enfermagem quanto à importância da adesão ao esquema terapêutico medicamentoso	1	2	3	4	5
7.3 Sugere opções para evitar esquecimentos ou erros no uso dos medicamentos, de forma clara e concisa	1	2	3	4	5
7.4 Traz orientações acerca da realização de exames para acompanhar a efetividade do uso das medicações de forma clara	1	2	3	4	5
7.5 Salaria quanto a importância de não interromper o esquema terapêutico e dá subsídios para que o paciente sempre esteja com a documentação do regime prescrito em mãos	1	2	3	4	5

**8 – HÁBITOS SAUDÁVEIS:** Refere-se ao tópico que apresenta prescrições de enfermagem acerca dos hábitos saudáveis que o paciente deve adotar após a alta hospitalar

8.1 Aborda de forma clara e concisa quanto aos hábitos saudáveis a serem adotados a fim de melhorar o quadro clínico e evitar descompensações	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

8.2 Traz prescrições de enfermagem acerca de alimentação saudável, respeitando suas possíveis dificuldades financeiras	1	2	3	4	5
8.3 Orienta o paciente a abandonar hábitos prejudiciais de forma gradual, a fim de respeitar o tempo que cada paciente levará para isso.	1	2	3	4	5
8.4 Abrange acerca da importância do controle do peso corpóreo e da ingestão e eliminação de líquidos e traz subsídios para o paciente acompanhar diariamente o peso	1	2	3	4	5
8.5 As prescrições de enfermagem acerca da nutrição e exercícios físicos, apesar de orientativas ressaltam a importância do acompanhamento com os profissionais responsáveis por cada área	1	2	3	4	5

**09 – EMOCIONAL:** Refere-se ao tópico que abrange as questões emocionais do paciente com IC

9.1 A cartilha preza não apenas pelas questões físicas mas também psicossociais as quais o paciente com IC está exposto	1	2	3	4	5
9.2 As prescrições de enfermagem para o âmbito emocional englobam os principais pontos a serem abordados com o paciente com IC	1	2	3	4	5

Sugestões/Recomendações:

---



---



---



---



## APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO 02 (ENFERMEIROS)

### UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO (ENFERMEIROS) adaptado de Oliveira, 2006

Data: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_

Nome do Instrumento: Plano de alta hospitalar de enfermagem para pacientes com Insuficiência Cardíaca

#### Parte I- IDENTIFICAÇÃO DOS ENFERMEIROS

Nome: \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) M ( ) F

Local de Trabalho: \_\_\_\_\_

Função/cargo \_\_\_\_\_

Tempo de trabalho na área \_\_\_\_\_

Tempo de formação: \_\_\_\_\_

Titulação: ( ) Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado ( ) Pós Doutorado

Especificar: \_\_\_\_\_

**PARTE II- INSTRUÇÕES** Leia minuciosamente o plano de alta. Em seguida analise o instrumento marcando um X em um dos números que estão localizados na frente de cada item. Dê a sua opinião de acordo com a abreviação que melhor represente o grau em cada critério abaixo:

#### Valoração

**1-Totalmente inadequado 2- Inadequado**

**3-Parcialmente adequado 4- Adequado**

**5 – Totalmente adequado**

Para as opções 1 e 2, descreva o motivo pelo qual considerou esse item no espaço destinado após o item.

OBS: Não existem respostas corretas ou erradas. O objetivo é conhecer a sua opinião. Por favor, responda a todos os itens.

**1 – OBJETIVOS:** Refere-se aos propósitos, metas ou fins que se deseja atingir com a utilização do instrumento.

1.1 Atende aos objetivos dos Enfermeiros que aplicarão o plano de alta para pacientes com Insuficiência Cardíaca	1	2	3	4	5
1.2 Ajuda no momento do planejamento de alta	1	2	3	4	5
1.3 Está adequado para ser utilizado por qualquer profissional que trabalhe com o paciente com IC	1	2	3	4	5

---



---



---

**2 – ESTILO DA ESCRITA:** Refere-se à característica linguística, compreensão e estilo da escrita do instrumento apresentado.

2.1 A escrita está em estilo adequado	1	2	3	4	5
2.2 O texto está claro	1	2	3	4	5
2.3 O texto é interessante	1	2	3	4	5
2.4 Há associação do tema de cada sessão ao texto correspondente	1	2	3	4	5
2.5 O estilo da redação corresponde ao nível de conhecimento do público-alvo	1	2	3	4	5

---



---



---

**3 – ORGANIZAÇÃO:** Refere-se à forma de apresentar as orientações. Isto inclui sua organização geral, estrutura, coerência e formatação.

3.1 Os tópicos tem sequência	1	2	3	4	5
3.2 Há coerência entre as informações	1	2	3	4	5
3.3 Os temas retratam aspectos-chave importantes	1	2	3	4	5

---



---

**4 – MOTIVAÇÃO:** Refere-se à capacidade do material em causar algum impacto, motivação e/ou interesse, assim como ao grau de significação do plano de alta apresentado.

4.1 O material é apropriado para a idade, gênero e cultura	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
4.2 O material apresenta lógica	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
4.3 O instrumento aborda os assuntos necessários para o paciente com IC	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
4.4 Promove mudança de comportamento e atitude	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
4.5 O plano de alta propõe ao profissional adquirir conhecimento para disseminar informações aos pacientes	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

---



---



---

**COMENTÁRIOS GERAIS E SUGESTÕES** (Pode utilizar o verso da folha)

## APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO DOS JUÍZES ESPECIALISTAS



### UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Especialistas)

##### DADOS SOBRE A PESQUISA

Título: Construção e validação de um plano de alta hospitalar de enfermagem para pacientes com Insuficiência Cardíaca

Autora: Beatriz Costa da Silva  
Barreiro

Orientadora: Maria do Socorro Claudino

Prezada Senhora,

Somos pesquisadores da Universidade Federal de Sergipe e estamos realizando uma pesquisa sobre Construção e validação de um plano de alta hospitalar de enfermagem para pacientes com Insuficiência Cardíaca (IC). Vimos por meio deste documento convidá-lo para participar como juiz desta pesquisa que tem como objetivo validar um plano de alta hospitalar de enfermagem construído com base na NANDA-I, no Sistema de Classificação das Intervenções de Enfermagem – NIC e na diretriz de prática clínica (Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda). A sua participação nesta pesquisa é voluntária e agradecemos muito por sua colaboração.

O interesse em desenvolver este estudo decorreu do conhecimento da problemática que envolve a insuficiência cardíaca, assim como a falta de planejamento da alta hospitalar destes pacientes por parte da equipe de enfermagem, ocasionando uma série de complicações que poderiam ser evitadas se estes recebessem as devidas informações no momento de transferência do ambiente hospitalar para o domiciliar. Por isso, julgamos que ações educativas implementadas por meio de um instrumento de planejamento podem ser um forte aliado para a redução dessas complicações potenciais, assim como para a promoção do autocuidado e melhora na expectativa de vida do paciente diagnosticado com insuficiência cardíaca.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, a senhora não é obrigada a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela Pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano.

Após a sua aceitação em participar deste estudo, iremos enviar uma cópia do plano que pretendemos validar, juntamente com o instrumento avaliativo, a fim de ser validado em seu conteúdo e aparência. O instrumento deverá ser preenchido após sua leitura e

avaliação, para poder ser considerado como um instrumento educativo e recurso apropriado para ser usado na prática da Enfermagem.

Cabe ressaltar que caso não haja concordância entre os juízes em alguma parte do plano, este será analisado, reelaborado a partir de sugestões e reencaminhado para uma nova validação de conteúdo e aparência. Informamos, ainda, que lhe são assegurados, conforme a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012/CONEP:

- O acesso a qualquer momento às informações de procedimentos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer;
- É garantido que o(a) senhor(a) (participante da pesquisa) receberá uma via do termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- A garantia do anonimato e sigilo quanto ao seu nome e quanto às informações prestadas durante a entrevista, através da codificação dos participantes através de letras, omitindo seu nome completo;
- O estudo apresentará riscos podendo estar relacionados com possível constrangimento advindos do ato de participar de uma entrevista. Estes riscos serão minimizados por meio da manutenção da privacidade do profissional na hora de coleta dos dados e no armazenamento desses dados de forma confidencial e seus resultados trarão benefícios para o desenvolvimento científico;

No caso de dúvidas, estamos disponíveis para quaisquer outros esclarecimentos no contato abaixo:

Telefone: (79)996585322 – Beatriz Costa

Agradecemos pela sua

colaboração.

Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe (CEP/UFS), composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Contato Comitê de Ética em Pesquisa da UFS: (79) 3194 -7208, Rua Cláudio Batista s/nº, Bairro Sanatório, Aracaju – SE, CEP: 49.060-110.

**Declaro que li e compreendi este termo de consentimento e todas as minhas dúvidas foram sanadas. Recebi explicações sobre o objetivo de pesquisa e os procedimentos do estudo a que serei submetido. Entendo que, se tenho dúvidas sobre direitos dos voluntários, posso contar com o Comitê de Ética da UFS. Portanto, aceito participar voluntariamente desta pesquisa. Estou ciente que receberei uma via desse documento.**

São Cristóvão, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

---

Assinatura do Participante da Pesquisa

---

Assinatura do Pesquisador



## APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### DADOS SOBRE A PESQUISA

Título: Construção e validação de um plano de alta hospitalar de enfermagem para pacientes com Insuficiência Cardíaca

Autora: Beatriz Costa da Silva

Orientadora: Maria do Socorro Claudino Barreiro

Prezado(a) Senhor(a),

Somos pesquisadores da Universidade Federal de Sergipe e estamos realizando uma pesquisa sobre Construção e validação de um plano de alta hospitalar de enfermagem para pacientes com Insuficiência (IC).

Estamos lhe convidando através deste documento para participar desta pesquisa que tem como objetivo validar um plano de alta hospitalar de enfermagem construído com base na NANDA-I, no Sistema de Classificação das Intervenções de Enfermagem – NIC e na diretriz de prática clínica (Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda). A sua participação nesta pesquisa é voluntária e agradecemos muito por sua colaboração.

Informamos ao Sr.(a) quanto ao seu direito de ser informado, sempre que necessário, garantindo sempre sua privacidade e sigilo absoluto quanto a sua identidade conforme assegura a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012/CONEP. O estudo apresentará riscos podendo estar relacionados com possível constrangimento advindos do ato de participar de uma entrevista. Estes riscos serão minimizados por meio da manutenção da privacidade do profissional na hora de coleta dos dados e no armazenamento desses dados de forma confidencial e seus resultados trarão benefícios para o desenvolvimento científico.

Asseguramos a garantia do anonimato e sigilo quanto ao seu nome e quanto às informações prestadas durante a entrevista, através da codificação dos participantes através de letras, omitindo seu nome completo e também é garantido que o(a) senhor(a) (participante da pesquisa) receberá uma via do termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Informamos também ao Sr(a) que não haverá remuneração por sua participação na pesquisa, mas todos os dados coletados serão de grande utilidade para oferecer as melhores informações e de forma clara, objetiva, compreensível para o controle da doença e os mesmos ficarão assegurados com as pesquisadoras durante 5 anos após a conclusão da pesquisa.

Após a finalização da pesquisa, nos comprometemos a informar ao(a) Sr(a) acerca dos resultados da mesma. Esses resultados serão publicados em revista científica para fomentar a discussão sobre a importância do planejamento da alta hospitalar como



**APÊNDICE E – CARTA CONVITE AOS JUÍZES****UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM****CARTA CONVITE JUÍZES ESPECIALISTAS**

Prezado(a) Sr(a):

Nós, Beatriz Costa da Silva, mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEN) da Universidade Federal de Sergipe, juntamente com a professora Dr<sup>a</sup> Maria do Socorro Claudino Barreiro (orientadora), gostaríamos de convidá-la a participar do estudo intitulado “Construção e validação de um plano de alta hospitalar para pacientes com Insuficiência Cardíaca” como Juiz deste instrumento que estamos validando. Trata-se de uma tecnologia educativa com informações/conteúdos sistematizados para auxiliar no autocuidado de pessoas com Insuficiência Cardíaca.

Sua participação se dará através do preenchimento do instrumento de coleta de dados e de anotações/comentários/sugestões feitas diretamente na plataforma online *Google Forms*. Sinta-se à vontade para fazer modificações no instrumento, pois será muito útil todos os comentários e sugestões para posterior análise. Com essas informações será realizada uma versão final com conteúdo e aparência adequados e devidamente validados.

Antecipadamente agradecemos, pois em meio a sua concorrida vida profissional, com sua comprovada expertise na área, sua participação será muito útil ao estudo de validação.

Informamos, ainda que, a metodologia do trabalho estipula um prazo máximo de até 15 dias para que seja realizado o julgamento do manual e nos devolva o instrumento ou questionário para que seja realizada a análise dos dados.

Cordialmente,

Beatriz Costa da Silva e Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria do Socorro Claudino Barreiro

**São Cristóvão, 07 de outubro de 2020.**

**APÊNDICE F - CARTILHA - O ENFERMEIRO E O PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: INCENTIVO AO AUTOCUIDADO APÓS A ALTA HOSPITALAR”**

Universidade Federal de Sergipe

**O Enfermeiro e o paciente com Insuficiência cardíaca:**

incentivo ao autocuidado após a alta hospitalar



**Beatriz Costa**

Diagramação: Ana Luísa Andrade  
Ilustrações: Christine Mainart

# Sumário

**4 a 7**  
Introdução

**8 a 9**  
Sinais e sintomas

**10 a 11**  
Medicamentos

**12 a 13**  
Hábitos  
saudáveis

**14**  
Emocional

**15**  
Referências

**16 a 27**  
Anexos

Beatriz Costa da Silva, 2020  
O Enfermeiro e o paciente com Insuficiência cardíaca:  
incentivo ao autocuidado após a alta hospitalar  
Orientadora: Maria do Socorro Claudino Barreiro

Dissertação de Mestrado – Universidade Federal de Sergipe,  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEN),  
2020

Projeto gráfico e diagramação: Ana Luísa Andrade  
Ilustrações: Christine Mainart

# Introdução

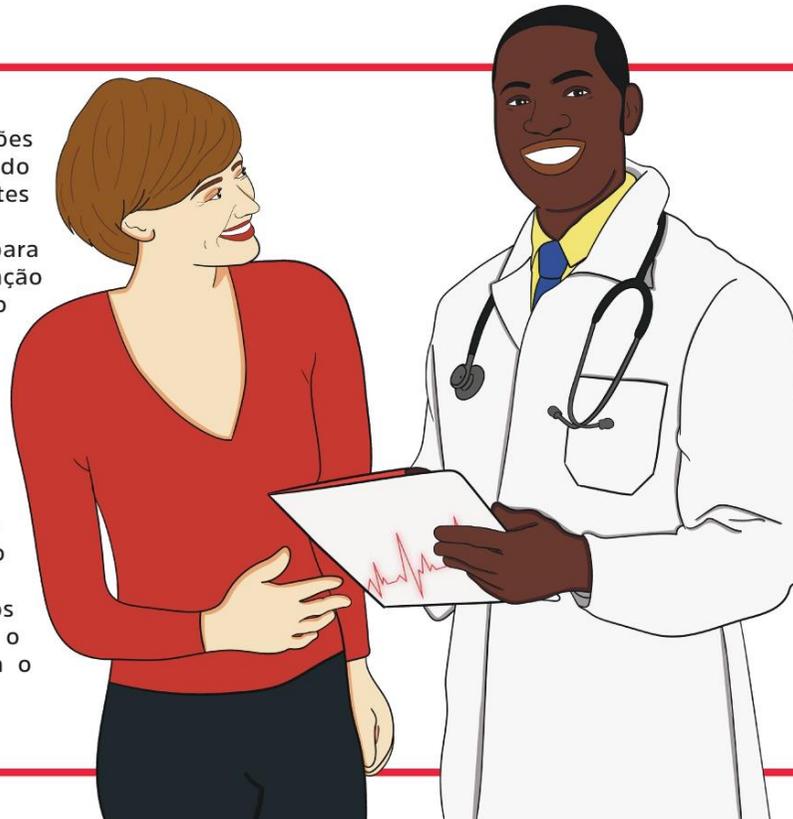
## > O papel do enfermeiro no planejamento da alta hospitalar

O planejamento da alta é o conjunto de ações destinadas a garantir a coordenação e a continuidade do cuidado na transferência do indivíduo entre diferentes ambientes e serviços de saúde.

Trata-se de uma importante ferramenta para garantir o cuidado integral durante a hospitalização e pós-alta hospitalar, além de conduzir ao acompanhamento da atenção primária com maior frequência e consequente redução das reinternações hospitalares.

O enfermeiro tem papel fundamental nessa transição do cuidado hospitalar para o domicílio e desenvolve atividades no planejamento de cuidados para a alta, auxilia na reabilitação social, promove educação em saúde, articula a comunicação com os demais serviços de saúde e, por vezes, acompanha o paciente após a alta.

É por meio do planejamento da alta que podemos fornecer informações precisas e significativas para o autocuidado do paciente e, assim, contribuir para o retorno ao domicílio e ao convívio familiar e social.



## Sinais e sintomas

O aparecimento dos sinais e sintomas normalmente ocorre de forma lenta e gradual, podendo ter início apenas quando se está mais ativo. Com o tempo, outros sintomas podem surgir, como alterações respiratórias que impossibilitam atividades de vida diária (alimentar-se, banhar-se, vestir-se, mobilizar-se, ir ao banheiro, manter o controle das necessidades fisiológicas).

Mas, em alguns casos, esses sinais podem surgir de repente, como, por exemplo, após um ataque cardíaco ou algum outro comprometimento cardíaco mais grave.

Conheça os principais sinais e sintomas da Insuficiência Cardíaca:

> Inchaço nas pernas e pés (edemas de membros inferiores);



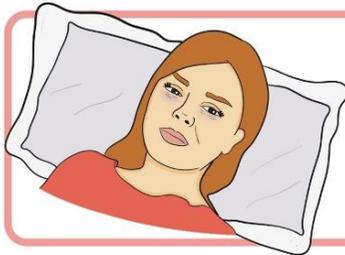
> Falta de ar durante atividades de vida diárias ou após um longo tempo deitado;

> Tosse seca ou podendo ser acompanhada de muco;  
> Perda de apetite;

> Dificuldade para realizar atividades rotineiras, como subir escadas e carregar pesos;



> Dificuldade para dormir devido ao desconforto respiratório, necessitando utilizar travesseiros mais altos para melhor acomodação;



> Acúmulo de líquido no abdômen (conhecido como ascite);  
> Ganho de peso;



> Veias do pescoço saltadas (estase jugular);  
> Sensação de palpitações cardíacas (taquicardia/arritmias);  
> Aumento da frequência em urinar, principalmente durante a noite;



> Desconforto no peito, falta de ar ou mudanças na frequência, ritmo, profundidade e esforço das respirações;

> Sensação de cansaço, fadiga, fraqueza ou peso nas pernas;



> Ruídos nos pulmões.



Caso note algum desses sinais, busque ajuda profissional imediatamente!

# Medicamentos

Conheça alguns dos principais medicamentos utilizados e fique atento às manifestações após o uso de cada um deles:

**Captopril (Capoten®):** pode causar tosse, taquicardia (batimentos cardíacos rápidos) ou pressão baixa, principalmente quando em uso paralelo a outras medicações anti-hipertensivas, antiarrítmicas e diuréticas;

**Carvedilol:** pode causar tonturas, dor de cabeça, fadiga, alterações visuais e bradicardia;

**Furosemida (Lasix®):** pode causar perda de potássio, cálcio e magnésio; distúrbios eletrolíticos e trombozes pela perda grave de fluidos;

**Espironolactona (Aldactone®):** pode causar hipercalemia (alto nível de potássio no sangue), câibras em membros inferiores, tonturas e náuseas;

**Digoxina\*:** pode causar efeitos de intoxicação digitálica, tais como: aparecimento de náuseas, vômitos, fraqueza, sudorese fria, desorientação, convulsões, hipotensão grave, bradicardia (batimentos cardíacos baixos) acentuada, parada cardiorrespiratória e até levar à morte.

*Obs: Nem todo paciente com insuficiência cardíaca fará uso de todos esses medicamentos.*

Busque orientações sobre dose, via e duração de cada medicamento, além da finalidade, ação, e quais medidas devem ser tomadas em caso de efeitos adversos.



Lembre-se! Respeitar o uso de medicamentos é fundamental para evitar pioras no seu quadro de saúde.

Para evitar esquecimentos ou erros nos horários dos remédios, elabore uma agenda ou calendário que se adeque à sua rotina!



Mantenha seus exames de triagem em dia! Eles são fundamentais para determinar os efeitos dos medicamentos, visto que é necessário entender como cada remédio tem agido no seu organismo e adequá-lo, a fim de obter êxito no seu tratamento. São exemplos de exames de triagem: avaliação de função renal e eletrólitos; métodos de imagem não invasivos, como eletrocardiograma em repouso, radiografia de tórax e ecocardiograma; exames biomarcadores (peptídeos natriuréticos e outros).



Não interrompa o uso de medicamentos por conta própria! Qualquer mudança deve ser orientada por um profissional adequado.

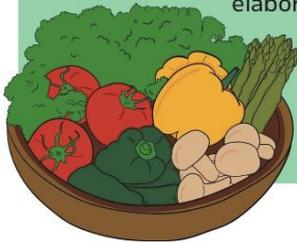
Sempre tenha em mãos a documentação de seu regime de medicamento prescrito! Confira a tabela em anexo (pág. 14) no final desta cartilha. Ela é uma ótima forma de registrar os medicamentos em uso; você pode levá-la por onde for. Dessa forma, caso passe mal, a pessoa que prestar socorro terá conhecimento do seu quadro de saúde e as medicações que já faz uso.

## Hábitos saudáveis

Ter uma rotina de alimentação adequada, sono regulado e exercícios físicos é fundamental para o sucesso do seu tratamento. Conheça algumas formas de adotar hábitos mais saudáveis no seu dia a dia:



Com ajuda de um nutricionista, procure seguir um plano alimentar adequado. Tente conciliar a dieta com suas preferências alimentares, substituindo ingredientes na elaboração de suas receitas favoritas, além de buscar alimentos que caibam no seu orçamento. É importante reduzir e controlar a ingestão de cafeína, sódio, colesterol e alimentos com alto teor de gordura.



Tente eliminar ou reduzir hábitos não saudáveis no dia a dia, como o tabagismo, ingestão de alimentos com alto teor de gordura, excessivamente açucarados ou salgados, refrigerantes, entre outros.



12

É fundamental monitorar a ingestão e a eliminação de líquidos e possíveis mudanças na sua massa corporal, sempre informando-as ao profissional de saúde que faz seu acompanhamento. Para isso, desenvolva um método de registro com seu enfermeiro. Confira uma sugestão de tabela em anexo ao final da cartilha (pág. 20)

Sob orientação de um profissional de educação física, siga um programa de exercícios que atenda às suas necessidades! É importante que eles sejam feitos em períodos regulares e que respeitem sua rotina semanal.

Tente estabelecer metas para o aumento lento e contínuo do exercício, respeitando seus próprios limites e monitorando sinais de desconforto e dores causados por ele.

E lembre-se: não se deve iniciar nenhuma atividade física sem a orientação do seu cardiologista. É de suma importância que ele oriente quanto a intensidade e frequência do exercício adequado para você.

É importante monitorar a pressão arterial e a frequência cardíaca rotineiramente e durante a prática desses exercícios, sempre que possível.



13

## Emocional

É possível viver bem com a doença crônica. Para isso, acredite na sua força e tenha pensamento positivo! O bem estar mental também é muito importante para que seu tratamento ocorra da melhor maneira possível. Confira algumas formas de cuidar da sua saúde emocional:

Com a ajuda de um profissional de psicologia, busque métodos para diminuir a ansiedade que se adequem à sua rotina.



É importante verbalizar sentimentos de ansiedade, raiva, tristeza e medos!

É fundamental que seus familiares e amigos apoiem o seu tratamento, auxiliando nos cuidados e planejamento. Eles também fazem parte do seu processo de melhora clínica!



Lembre de reservar um tempo para lazer, desenvolvendo hobbies e atividades que proporcionem prazer e relaxamento.



Caso deseje, explore o uso de recursos espirituais, meditação ou relaxamento para auxiliar o tratamento.

## > Referências

ALBERT, Nancy M. et al. Hospital nurses' comfort in and frequency of delivering heart failure self-care education. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, v. 14, n. 5, p. 431-440, 2015.

DE SOUZA, P.M.B.B.; DE CARVALHO QUELUCI, G. The art of caring for patients with heart failure at hospital discharge: considerations for nursing healthcare practice. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, v. 6, n. 1, p. 153-167, 2014.

Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020 [recurso eletrônico] / [NANDA International]; tradução: Regina Machado Garcez; revisão técnica: Alba Lucia Bottura Leite de Barros... [et al.]. - 11. ed. - Porto Alegre: Artmed, Editado como livro impresso em 2018.

DOCHTERMAN, J. M.; BULECHEK, G. M., & BUTCHER, H. K. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

MABIRE, C., et al. Prontidão do paciente para alta hospitalar e sua relação com a preparação da alta e fatores estruturais: um estudo transversal. *Revista Internacional de Estudos de Enfermagem*, v. 90, p. 13-20, 2019.

MCBRIDE, A., et al. The role of patient-held alert cards in promoting continuity of care for heart failure patients. *European journal of cardiovascular nursing*, v. 13, n. 1, p. 71-77, 2014.

PADILHA, K.G., et al. Enfermagem em UTI: cuidando do paciente crítico. In: MAZÓCOLI, E. *Insuficiência Cardíaca Congestiva*. 2. Ed. São Paulo: Manole, 2016.

SEPULVEDA-PACSI, A.L. Emergency nurses' perceived confidence in participating in the discharge process of congestive heart failure patients from the emergency department: A quantitative study. *Hispanic Health Care International*, v. 17, n. 1, p. 30-35, 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. *Arq Bras Cardiol*. v.111, n.3, p.436-539, 2018.

WEBER, L.A.F, et al. Transição do cuidado do hospital para o domicílio: revisão integrativa. *Cogitare Enferm*. v.22, n.3, p.47615, 2017.

**Anote seu controle de medicações aqui:**

DATA: _/ _/ _		
Horário:	Medicamento:	Dose:
 _____	_____	_____
 _____	_____	_____
 _____	_____	_____
 _____	_____	_____

DATA: _/ _/ _		
Horário:	Medicamento:	Dose:
 _____	_____	_____
 _____	_____	_____
 _____	_____	_____
 _____	_____	_____

DATA: _/ _/ _		
Horário:	Medicamento:	Dose:
 _____	_____	_____
 _____	_____	_____
 _____	_____	_____
 _____	_____	_____

**Anote seu controle de medicações aqui:**

DATA: _/ _/ _		
Horário:	Medicamento:	Dose:
 _____	_____	_____
 _____	_____	_____
 _____	_____	_____
 _____	_____	_____

DATA: _/ _/ _		
Horário:	Medicamento:	Dose:
 _____	_____	_____
 _____	_____	_____
 _____	_____	_____
 _____	_____	_____

DATA: _/ _/ _		
Horário:	Medicamento:	Dose:
 _____	_____	_____
 _____	_____	_____
 _____	_____	_____
 _____	_____	_____

**Anote seu controle de medicações aqui:**

DATA: _/ _/ _		
Horário:	Medicamento:	Dose:
 _____	_____	_____
 _____	_____	_____
 _____	_____	_____
 _____	_____	_____

DATA: _/ _/ _		
Horário:	Medicamento:	Dose:
 _____	_____	_____
 _____	_____	_____
 _____	_____	_____
 _____	_____	_____

DATA: _/ _/ _		
Horário:	Medicamento:	Dose:
 _____	_____	_____
 _____	_____	_____
 _____	_____	_____
 _____	_____	_____

**Anote seu controle de medicações aqui:**

DATA: _/ _/ _		
Horário:	Medicamento:	Dose:
 _____	_____	_____
 _____	_____	_____
 _____	_____	_____
 _____	_____	_____

DATA: _/ _/ _		
Horário:	Medicamento:	Dose:
 _____	_____	_____
 _____	_____	_____
 _____	_____	_____
 _____	_____	_____

DATA: _/ _/ _		
Horário:	Medicamento:	Dose:
 _____	_____	_____
 _____	_____	_____
 _____	_____	_____
 _____	_____	_____

**Anote seu controle de medicações aqui:**

DATA: _/ _/ _		
Horário:	Medicamento:	Dose:
 _____	_____	_____
 _____	_____	_____
 _____	_____	_____
 _____	_____	_____

DATA: _/ _/ _		
Horário:	Medicamento:	Dose:
 _____	_____	_____
 _____	_____	_____
 _____	_____	_____
 _____	_____	_____

DATA: _/ _/ _		
Horário:	Medicamento:	Dose:
 _____	_____	_____
 _____	_____	_____
 _____	_____	_____
 _____	_____	_____

**Anote seu controle de medicações aqui:**

DATA: _/ _/ _		
Horário:	Medicamento:	Dose:
 _____	_____	_____
 _____	_____	_____
 _____	_____	_____
 _____	_____	_____

DATA: _/ _/ _		
Horário:	Medicamento:	Dose:
 _____	_____	_____
 _____	_____	_____
 _____	_____	_____
 _____	_____	_____

DATA: _/ _/ _		
Horário:	Medicamento:	Dose:
 _____	_____	_____
 _____	_____	_____
 _____	_____	_____
 _____	_____	_____





**REGISTRO DE PRESSÃO ARTERIAL:**

<b>Data:</b>	<b>Horário:</b>	<b>Pressão arterial:</b>
_____	_____	___x___ mmHg

**REGISTRO DE PRESSÃO ARTERIAL:**

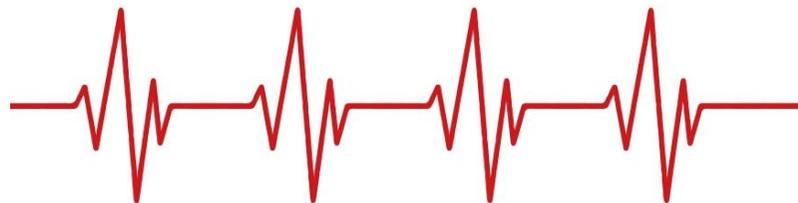
<b>Data:</b>	<b>Horário:</b>	<b>Pressão arterial:</b>
_____	_____	___x___ mmHg

**Em caso de urgência ou emergência contactar:**

Samu: 192

Profissional de saúde: (\_\_)-----

Família: (\_\_)-----



## APÊNDICE G – REVISÃO INTEGRATIVA

### PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM PARA A ALTA HOSPITALAR DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: revisão integrativa

#### AUTORES

#### RESUMO

**Introdução:** Para além da implementação do processo de enfermagem, é necessário desenvolver ferramentas que assegurem o cuidado integral. Nesse contexto, o planejamento da alta torna-se imprescindível para que a transição entre atenção hospitalar e ambulatorial seja efetiva. A Insuficiência Cardíaca requer um manejo clínico de alta complexidade por parte dos profissionais, além do preparo do paciente para a alta hospitalar. Frente a isso, os enfermeiros necessitam de evidências científicas que norteiam a tomada de decisão e a sistematização da condução de enfermagem.

**Objetivo:** o objetivo dessa revisão é identificar as evidências disponíveis na literatura sobre a atuação/participação da enfermagem na elaboração de um plano de alta para pacientes com IC para embasar uma dissertação de mestrado que propõe construir e validar um plano de alta para pacientes com IC, fundamentado na Teoria do Déficit do Autocuidado de Orem e *Nursing Interventions Classification* (NIC).

**Método:** A questão de pesquisa que norteou a investigação foi: Quais as evidências disponíveis na literatura sobre a atuação/participação da enfermagem na elaboração de um plano de alta para pacientes com IC? A revisão foi realizada no período de junho a agosto de 2020.

**Resultados:** Com a busca inicial nas bases de dados foi possível identificar 84 artigos primários, sendo 19 na SCOPUS, 15 no PubMed, 15 na LILACS, 12 na EmBase, 12 na BDNF, 06 na CINHALL e 05 na Web of Science. Após a leitura do título e resumo, foi possível excluir 42 estudos, restando apenas 21 para leitura na íntegra. Após essa etapa, 09 artigos restaram na amostra final.

**Conclusão:** Os estudos analisados nesta revisão evidenciam a importância da enfermagem no processo de alta dos pacientes com IC, sendo possível identificar possíveis formas de atuação como: uso de cartão de alerta e fichário pessoal de saúde educativo, educação em saúde sobre a adesão a terapia medicamentosa e não medicamentosa, instigar o envolvimento do paciente e da família como ferramentas fundamentais para diminuir o número de reinternações hospitalares.

**DESCRITORES:** Insuficiência Cardíaca. Alta do Paciente. Cuidados de Enfermagem.

## INTRODUÇÃO

A enfermagem tem buscado, enquanto ciência consolidar-se como uma profissão com estrutura de conhecimentos próprios que embasem o saber-fazer das práticas cotidianas, no processo de trabalho, através de elementos que caracterizem a sua identidade profissional. Por isso, tem procurado pelo sentimento de pertencimento, estabelecer a definição das competências particulares, reconhecimento, autonomia e respaldo para a tomada de decisão sobre as atribuições inerentes da profissão através da implementação do processo de enfermagem na prática assistencial (FERNANDES et al., 2018).

Nessa perspectiva, a Resolução 358/2009 dispõe sobre o PE enquanto método, que busca organizar o cuidado de enfermagem fazendo com que o processo de trabalho seja consolidado como ciência, estruturando-se em cinco etapas inter-relacionadas: histórico, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação. Essa resolução ainda orienta quanto à necessidade de basear-se em uma teoria que direcione a construção de um instrumento, do planejamento das ações e intervenções de enfermagem e a escolha do diagnóstico de enfermagem, e, além disso, seja base para a avaliação dos resultados de enfermagem que forem alcançados (COFEN, 2019).

Para além da implementação do processo de enfermagem, é necessário desenvolver ferramentas que assegurem o cuidado integral. Nesse contexto, o planejamento da alta torna-se imprescindível para que a transição entre atenção hospitalar e ambulatorial seja efetiva. Vale ressaltar que o tempo em que o paciente está internado para realizar as intervenções clínicas e multidisciplinares, é de suma importância que sejam compreendidos os fatores de riscos aos quais o mesmo está exposto, a fim de corrigi-los para minimizar a possibilidade de readmissão hospitalar (ROHDE et al., 2018).

Assim, entre as principais causas de reinternações hospitalares, destaca-se a Insuficiência Cardíaca (IC), tida como um grave problema de saúde, em virtude da falta de seguimento das orientações e o planejamento inadequado da alta hospitalar. Dessa forma, o plano de alta exige que o enfermeiro prepare o paciente e inclua os familiares, com o objetivo de prevenir agravamento do quadro clínico, controle da doença, manutenção da saúde e conseqüentemente promover melhor qualidade de vida desses pacientes (WEBER et al., 2017).

Deste modo, ressalta-se que a Insuficiência Cardíaca (IC) é uma síndrome complexa em que o paciente apresenta alteração da função cardíaca que culmina em sinais e sintomas

de baixo débito cardíaco e/ou congestão pulmonar ou sistêmica e pode surgir aos esforços ou em repouso (HINKLE, CHEEVER, 2017). É também considerada a via final de todas as patologias que acometem o coração e, por conta do seu alto índice de morbimortalidade, carece de cuidados específicos que garantam o autocuidado resolutivo (ROHDE et al., 2018).

Sendo assim, a IC requer um manejo clínico de alta complexidade por parte dos profissionais, além do preparo do paciente para a alta hospitalar. Frente a isso, os enfermeiros necessitam de evidências científicas que nortearão a tomada de decisão e a sistematização da condução de enfermagem. Dessa forma, justifica-se a relevância dessa revisão de literatura, visto que irá reunir as mais recentes evidências contidas na literatura acerca da atuação/participação dos enfermeiros no planejamento da alta hospitalar dos pacientes com IC.

Logo, o objetivo dessa revisão é identificar as evidências disponíveis na literatura sobre a atuação/participação da enfermagem na elaboração de um plano de alta para pacientes com IC para embasar uma dissertação de mestrado que propõe construir e validar um plano de alta para pacientes com IC, fundamentado na Teoria do Déficit do Autocuidado de Orem e *Nursing Interventions Classification* (NIC).

## **MÉTODOS**

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que de acordo com Whitemore e Knalf (2005), pode apresentar uma compreensão abrangente dos problemas relevantes para os cuidados e políticas de saúde. Foi desenvolvida de acordo com as seguintes etapas: definição da pergunta norteadora (problema); escolha dos critérios de inclusão e exclusão (seleção da amostra); seleção dos descritores, análise dos estudos primários, síntese e apresentação dos resultados.

A questão de pesquisa que norteou a investigação foi: Quais as evidências disponíveis na literatura sobre a atuação/participação da enfermagem na elaboração de um plano de alta para pacientes com IC? Para sua construção, aplicou-se a estratégia PICO (REFERE), na qual “P” (população) referiu-se aos pacientes com IC, “I” (intervenção) ao plano de alta hospitalar, “C” (comparação) não se aplicou e “O” (desfecho esperado) foi a participação da enfermagem.

Quanto aos critérios de inclusão e exclusão foram determinados considerando a questão norteadora, mediante estratégia PICO. Foram incluídos artigos contendo textos completo, nos idiomas inglês, espanhol e português, com o limite temporal final do ano 2019. Foram excluídos os estudos que tivessem outro foco que não a IC e a participação da enfermagem e que não abordasse o processo de alta hospitalar. Além disso, as teses e dissertações, além dos artigos de revisão e aqueles que não estavam disponíveis para acesso na íntegra, também foram excluídos desse estudo.

A revisão foi realizada no período de junho a agosto de 2020. As buscas foram realizadas nos meses de junho/julho por duas autoras desta revisão em sete bases de dados, sendo elas: *PubMed*, *Web of Science*, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Embase, *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS) e Scopus. Definiu-se o ano 2019 como recorte temporal final da busca bibliográfica.

A estratégia de busca adotou os termos dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) em três idiomas e foram utilizados descritores controlados da Medical Subject Headings Section (MeSH), palavras-chave, sinônimos e operadores booleanos, conforme tabela 1.

**Tabela 1** - Descritores controlados e operadores booleanos cruzados nas bases de dados. São Cristóvão, SE, Brasil, 2021.

<b>PICO</b>	<b>Descritores</b>
P – “Insuficiência cardíaca”	OR Insuficiência Cardíaca Congestiva
I – “Alta do paciente”	OR Alta Hospitalar OR Alta do Hospital OR Planejamento da Alta
O – “Cuidados de Enfermagem”	OR Assistência de Enfermagem OR Atendimento de enfermagem

**Quadro 1** - Estratégia de busca nas bases de dados. São Cristóvão, SE, Brasil, 2021.

Base de Dados	Estratégia
EmBase	('heart failure':ti,ab,kw OR 'congestive heart failure':ti,ab,kw) AND ('patient discharge':ti,ab,kw OR 'discharge, patient':ti,ab,kw OR 'hospital discharge':ti,ab,kw) AND ('nursing care':ti,ab,kw OR 'management, nursing care':ti,ab,kw)
PubMed	((("Heart Failure" [Mesh] OR "Congestive Heart Failure") AND ("Patient Discharge" [Mesh] OR "Discharge, Patient" OR "Discharge Planning") AND ("Nursing Care" [Mesh] OR "Management, Nursing Care")))
Scopus	( TITLE-ABS-KEY ( "Heart Failure" OR "Congestive Heart Failure" ) AND TITLE-ABS-KEY ( "Patient Discharge" OR "Discharge, Patient" OR "Discharge Planning" ) AND TITLE-ABS-KEY ( "Nursing Care" OR "Management, Nursing Care" ) )
Web of Science	TS=("Heart Failure" OR "Congestive Heart Failure") AND TS=("Patient Discharge" OR "Discharge, Patient" OR "Discharge Planning") AND TS=("Nursing Care" OR "Management, Nursing Care")
CINAHL	(MH "Heart Failure") AND (MH "Patient Discharge") AND (MH "Nursing Care")
LILACS	("Insuficiência Cardíaca" OR "Insuficiência Cardíaca Congestiva") AND ("Alta do paciente" OR "Alta Hospitalar" OR "Alta do Hospital" OR "Planejamento da Alta") AND ("Cuidados de Enfermagem" OR "Assistência de Enfermagem" OR "Atendimento de Enfermagem")
BDENF	("Insuficiência Cardíaca" OR "Insuficiência Cardíaca Congestiva") AND ("Alta do paciente" OR "Alta Hospitalar" OR "Alta do Hospital" OR "Planejamento da Alta") AND ("Cuidados de Enfermagem" OR "Assistência de Enfermagem" OR "Atendimento de Enfermagem")

Inicialmente, foram lidos todos os títulos dos potenciais trabalhos à inclusão. Posteriormente, os estudos incluídos após leitura do título, tiveram seus resumos avaliados, sendo excluídos os duplicados e aqueles que não se enquadravam no tema. Os trabalhos selecionados até essa etapa passaram pela leitura na íntegra e foram avaliados quanto à correspondência à questão norteadora. Os artigos foram analisados pela técnica de análise temática que consistiu em leitura flutuante do conteúdo, codificação, categorização e articulação com a temática (MINAYO, 2012).

Ademais, para categorizar o nível de evidência dos artigos, foi utilizado o sistema de intervenções clínicas de sete níveis: I para revisão sistemática / metanálises; II ensaio clínico randomizado; III ensaios controlados não randomizados; IV estudo de coorte ou estudos caso-controle; V metassíntese de informações qualitativas ou estudos

descritivos; VI estudos qualitativos únicos ou estudos descritivos; e VII opinião de especialista (GALVÃO, 2006).

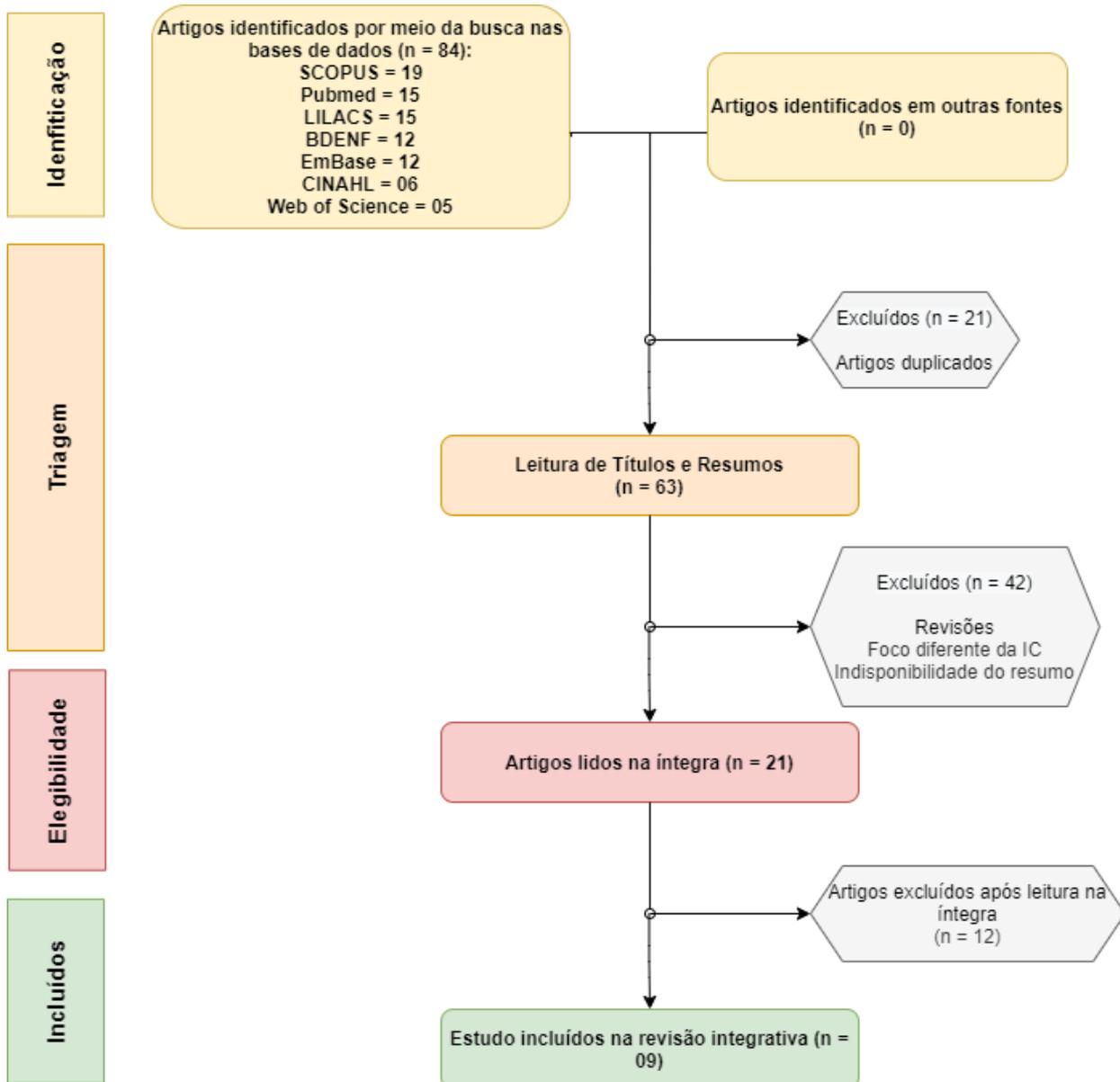
Assim, após a finalização das buscas nas bases, os estudos foram exportados para o *Rayyan* para identificação dos estudos duplicados. A leitura dos títulos e resumos deu-se através de dois revisores independentes, no qual foram selecionados 21 estudos para leitura na íntegra. Nessa etapa, houve uma concordância de 90% entre as revisoras e as eventuais discordâncias foram discutidas e avaliadas conjuntamente para se estabelecer um consenso. Sendo assim, foi possível chegar a um total de 09 estudos que responderam à pergunta norteadora.

## **RESULTADOS**

Com a busca inicial nas bases de dados foi possível identificar 84 artigos primários, sendo 19 na SCOPUS, 15 no PubMed, 15 na LILACS, 12 na EmBase, 12 na BDENF, 06 na CINHALL e 05 na Web of Science. Após a leitura do título e resumo, foi possível excluir 42 estudos, restando apenas 21 para leitura na íntegra. Após essa etapa, 09 artigos restaram na amostra final, sendo apresentado na Figura 1 o diagrama da seleção.

Os dados referentes à avaliação dos estudos são apresentados a seguir (figura 1):

**Figura1** - Fluxograma PRISMA do processo de busca de dados (MACKENZIE, et al., 2021). São Cristóvão, SE, Brasil. 2021.



Os artigos foram organizados no Quadro 2, que contém as informações: Base de dados, título, local de publicação, autores/ano de publicação, delineamento do estudo, principais aspectos/resultados e nível de evidência relacionados à questão da pesquisa.

**Quadro 2** - Estudos incluídos na revisão integrativa. São Cristóvão, SE, Brasil, 2021.

<b>Base de dados</b>	<b>Título</b>	<b>Autores/ano</b>	<b>País</b>	<b>Delineamento do estudo</b>	<b>Principais aspectos/ resultados</b>	<b>Nível de evidência [continua]</b>
EmBase	Hospital readmission rates among disadvantaged heart failure patients enrolled in outreach program	Kira McClinton et al., 2015.	EUA	Estudo transversal	Os pacientes inscritos no programa ACTIVATE receberam cuidados transitórios na alta e uma visita domiciliar dentro de 48 horas após a alta. No entanto, foi identificada uma taxa de readmissão substancialmente maior nos pacientes com IC com comorbidades crônicas do que para pacientes sem IC.	V
EmBase	The quality of hospital work environments and missed nursing care is linked to heart failure readmissions: A cross-sectional study of US hospitals	J Margo Brooks Carthon et al., 2015.	EUA	Estudo transversal	Os resultados revelam uma associação entre os cuidados de enfermagem que não são prestados e reinternações por insuficiência cardíaca. Cerca de 40% dos enfermeiros relataram não conseguir conversar com seus pacientes durante o último contato anterior à alta.	V

<b>Base de dados</b>	<b>Título</b>	<b>Autores/ ano</b>	<b>País</b>	<b>Delineamento do estudo</b>	<b>Principais aspectos/ resultados</b>	<b>Nível de evidência [continua]</b>
Pubmed	Hospital nurses' comfort in and frequency of delivering heart failure self-care education	Nancy M Albert et al., 2014.	EUA	Estudo descritivo	O conforto dos enfermeiros em fornecer educação sobre autocuidado com insuficiência cardíaca foi associado à frequência de fornecimento de educação a pacientes hospitalizados. Mesmo quando as enfermeiras sentiam-se confortáveis orientando pacientes com IC na área do autocuidado ou para um item específico, ainda era abaixo dos níveis de conforto da enfermeira. Os pacientes com insuficiência cardíaca têm no autocuidado uma das áreas com maior probabilidade de estabilizar ou melhorar o estado clínico e tiveram as pontuações mais baixas.	V
Pubmed	The role of patient-held alert cards in promoting continuity of care for Heart Failure Patients	Anne McBride et al., 2014.	Reino Unido	Estudo descritivo	Este projeto confirma que os cartões de alerta acerca do quadro de IC retidos pelo paciente podem contribuir para a continuidade do cuidado, além de sinalizar acerca das necessidades imediatas de emergência tradicionalmente associadas a eles. Podem melhorar a comunicação e a coordenação entre a equipe do hospital e capacitar os pacientes e seus familiares, para o pós-alta.	V

<b>Base de dados</b>	<b>Título</b>	<b>Autores/ ano</b>	<b>País</b>	<b>Delineamento do estudo</b>	<b>Principais aspectos/ resultados</b>	<b>Nível de evidência [continua]</b>
Pubmed	Emergency Nurses' Perceived Confidence in Participating in the Discharge Process of Congestive Heart Failure Patients From the Emergency Department: A Quantitative Study	Alsacia L Sepulveda-Pacsi, 2019.	EUA	Estudo transversal	A principal descoberta é que apenas uma minoria dos enfermeiros se sentiu "muito" confiante em sua capacidade de desempenhar várias funções com esses pacientes antes da alta (com exceção do monitoramento de peso). Mais de dois terços dos enfermeiros responderam que orientações específicas sobre a alta os ajudaria a se sentirem mais confiantes, como por exemplo, se houvesse diretrizes específicas sobre o processo de alta.	V
Scopus	Reducing Readmissions among Heart Failure Patients Discharged to Home Health Care: Effectiveness of Early and Intensive Nursing Services and Early Physician Follow-Up	Christopher M. Murtagh, Partha Deb et al., 2017.	EUA	Estudo observacional retrospectivo	Os resultados indicam que a combinação de serviços de enfermagem domiciliar precoce e intensiva e pelo menos uma consulta de acompanhamento médico na semana após a alta hospitalar tem o potencial de reduzir o risco de readmissão para uma parte substancial dos pacientes com IC do grupo do estudo que receberam alta aos cuidados de saúde ao domicílio.	IV

<b>Base de dados</b>	<b>Título</b>	<b>Autores/ano</b>	<b>País</b>	<b>Delineamento do estudo</b>	<b>Principais aspectos/ resultados</b>	<b>Nível de evidência [continua]</b>
Scopus	Person-centred care - An approach that improves the discharge process	Kerstin Ulin et al., 2016.	Suécia	Estudo clínico randomizado	O principal achado no presente estudo foi a diferença no tempo dos componentes importantes do processo de alta entre o protocolo empregado e os cuidados habituais. Este melhora os processos de alta porque os pacientes são vistos como pessoas competentes para se envolver no planejamento de seus cuidados. O presente achado contribui para as evidências crescentes de que o modelo de atenção centrada na pessoa é mais eficaz do que o tratamento usual.	III
Web of Science	Patient readiness for hospital discharge and its relationship to discharge preparation and structural factors: A cross-sectional study	Cedric Mabire et al., 2019.	Suíça	Estudo transversal	A prontidão do paciente para as avaliações de alta hospitalar foi maior em pacientes que receberam intervenções de ensino de alta, em unidades cujas enfermeiras tinham altos níveis gerais de experiência profissional e onde os pacientes forneceram auto avaliações melhores de seu estado de saúde.	V

<b>Base de dados</b>	<b>Título</b>	<b>Autores/ano</b>	<b>País</b>	<b>Delineamento do estudo</b>	<b>Principais aspectos/ resultados</b>	<b>Nível de evidência [conclusão]</b>
Lilacs	Patient readiness for hospital discharge and its relationship to discharge preparation and structural factors: A cross-sectional study	Souza, Patrícia Maria Barreto Bellot de; Queluci, Gisella de Carvalho ; 2014.	Brasil	Estudo descritivo	É enfatizada a necessidade do planejamento da alta hospitalar de forma sistematizada, integral, organizada e flexível, destacando as ações da equipe multidisciplinar, com a coordenação dos cuidados pelos enfermeiros e que este planejamento inicie no momento da internação dos pacientes, perdurando por toda hospitalização destes e, se necessário, continuado também para o contexto familiar.	V

Dentre os artigos encontrados, os anos de publicação variavam entre 2014 e 2019, sendo 33,3% do ano 2014, 22,2% para os anos 2015 e 2019, 11,1% nos anos 2016 e 2017 e em 2018 não foram encontrados artigos publicados acerca da temática. Com relação à distribuição entre os países de realização dos estudos, a maioria deles foi realizada nos EUA (55,6%), seguidos do Reino Unido, Suécia, Suíça e Brasil (11,1% cada).

## DISCUSSÃO

As evidências encontradas neste estudo consistem na síntese referencial para enfermeiros que buscam estratégias no desenvolvimento de um plano de alta direcionadas aos pacientes com IC, dentre elas há a utilização de fichário pessoal de saúde com material educativo, melhoria dos cuidados de enfermagem para impacto na redução de reinternações, utilização de cartão de alerta mantido pelo paciente para facilitar a comunicação entre a rede hospitalar e outros serviços, além de dar embasamento aos profissionais através de diretrizes específicas sobre o processo de alta. Cada um dos nove estudos selecionados passa a ser objeto dessa discussão.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), a admissão hospitalar por descompensação de IC constitui um momento crítico na história natural da doença, representando um desafio para equipe de saúde a nível hospitalar e ambulatorial. Nesse contexto, o planejamento de alta e a transição de cuidados precisam ter início antes mesmo da alta propriamente dita, devendo a equipe planejar e estruturar esse momento assim que o paciente é admitido (ROHDE et al., 2018).

Sendo assim, foi identificado um único estudo que abordou os três elementos essenciais para elaboração do plano de alta que envolve a avaliação e planejamento das necessidades de alta; ensino de alta (ações educacionais); e gerenciamento de alta (apoio pós-alta necessário). Para os autores, há fatores que refletem em maior agilidade para a alta hospitalar, são eles: enfermeiros mais experientes, o preparo do autocuidado do paciente e a coordenação dos principais sintomas da IC refletem em maior agilidade para alta hospitalar (MABIREA, et al., 2019).

Tais evidências corroboram com o modelo proposto pela Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda para sistematização do cuidado na alta hospitalar, sendo o processo classificado em três etapas, conforme cores: vermelha, amarela e verde. Temos que a cor vermelha refere-se aos pré-requisitos clínicos, em que se busca atingir o objetivo de compensação da doença, além de atingir o melhor equilíbrio hemodinâmico possível; na amarela encontram-se os pré-requisitos multidisciplinares com a finalidade de evitar outras hospitalizações, são eles a educação do paciente, orientações sobre estilo de vida, autocuidado e adesão ao tratamento; e na verde está o plano de seguimento ambulatorial, com retorno agendado (ROHDE et al., 2018).

No tocante ao plano de alta, encontram-se na literatura estudos que evidenciam quanto à necessidade deste ser individualizado e também incluir a família do paciente. Ressalta-se ainda que é um processo que deve ser iniciado já na admissão do usuário no serviço de saúde e desenvolvido durante todo o período da internação. E complementam que a existência de um plano de alta padronizado na instituição aumenta a eficácia e qualidade do cuidado prestado (SUZUKI; CARMONA; LIMA, 2011; MIASSO; CASSIANI, 2003; TEIXEIRA; RODRIGUES; MACHADO, 2012; PAIVA; VALADARES, 2013; REIS et al., 2013).

Esse cuidado sistematizado demanda que os profissionais enfermeiros detenham conhecimento de um arcabouço teórico específico que embase as habilidades intelectuais de técnicas e criticidade, que objetive identificar e documentar os cuidados de forma padronizada através de terminologias padrões e que vincule os elementos essenciais para a prática profissional (MENEZES et al., 2020).

Os sistemas de classificação e linguagem padronizada podem ser utilizados como ferramenta que auxilia e qualifica o processo de enfermagem o que reflete diretamente no cuidado direcionado ao usuário. Os sistemas NANDA e NIC são utilizados em diferentes instituições de saúde no mundo inteiro e demonstram eficiência e eficácia além de fácil adaptação por parte dos profissionais (BOEIRA, SARTORI, BALTAZAR, 2020).

Além disso, foi possível observar no presente estudo que as principais recomendações ou estratégias realizadas pelos enfermeiros concentram-se na adesão a terapia medicamentosa, restrição hídrica de 1,0 a 1,5 litros/dia, dieta hipossódica (2 a 3 gramas/dia); controle do peso diário; o não uso de medicamentos sem prévia orientação da equipe e prescrição médica; reconhecimento dos sinais e sintomas de descompensação e piora da doença; vacinação anti-influenza e pneumocócica, monitoramento da pressão arterial (SOUZA; QUELUCI, 2014; MCCLINTON et al, 2015). No entanto, foi percebida fragilidade no que concerne a prescrição de cuidados de enfermagem nos estudos encontrados. O que reforça a importância de utilizar efetivamente o processo de enfermagem na prática.

Outra observação importante e considerada básica no preparo da alta hospitalar identificada nesse estudo refere-se ao fornecimento de informações claras e objetivas aos pacientes e seus familiares, sendo ressaltada a importância de envolver o paciente no seu autocuidado (SOUZA; QUELUCI, 2014). Cabe destacar que as ações

educacionais e os recursos utilizados no planejamento da alta são cruciais no processo de cuidado e podem gerar impactos positivos ou negativos, a depender de como são trabalhadas diante do nível de compreensão e necessidades de cada paciente.

Há autores que trazem que a prática do autocuidado na IC está intrinsecamente relacionada aos comportamentos das pessoas para manter a sua saúde e também às decisões que tomam quando ocorre a piora dos sintomas. Além disso, a manutenção do autocuidado engloba a adesão às recomendações farmacológicas, cessação do uso de tabaco, consumo de dieta com pouco sal, monitoração de peso e de sinais ou sintomas de descompensação diariamente e consumo limitado de álcool. Sendo assim, autocuidado é uma tomada de decisão na escolha de comportamentos que mantém a estabilidade do quadro clínico e, também, a resposta aos sintomas quando ocorrem (DA CONCEICAO et al., 2015).

Nessa perspectiva, evidência ressalta a importância do cuidado integral e de estar embasada na segurança e bem-estar dos pacientes com IC. É fundamental que todas as orientações sejam realizadas com o intuito de preparar o paciente para a alta de forma contínua, adequada e efetiva. Além disso, também reforça quanto à relevância de englobar os familiares nesse processo de forma clara e objetiva, o que permitirá a continuação e sucesso do tratamento no ambiente domiciliar (SOUZA; QUELUCI, 2014).

Ao que concerne à abordagem do cuidado em equipe, três estudos mencionaram a importância do planejamento da alta hospitalar sistematizada e organizada, salientando as ações da equipe multidisciplinar com ênfase no trabalho da enfermagem como mecanismo fundamental para o cuidado dos pacientes acometidos pela insuficiência cardíaca (SOUZA; QUELUCI, 2014; ULIN et al, 2016; SEPULVEDA-PACSI, 2019).

O planejamento da alta consiste na criação de um plano para os pacientes que considere as suas individualidades, objetivando diminuir os custos com reinternações, melhorar resultados clínicos e garantir o seguimento do tratamento e que os cuidados após a alta sejam organizados (GONÇALVES-BRADLEY, et al., 2016).

Sendo assim, é importante que o plano de alta seja organizado de forma multidimensional e pondere aspectos físicos, psicológicos, doença de base, limitações físicas e motoras, rede de apoio, terapia medicamentosa e autonomia individual, de modo que, possibilite uma alta hospitalar bem sucedida (GALVIN, WILLS, COFFEY, 2017). Os resultados desse estudo apontam para a redução dos índices de reinternação em locais em que há diretrizes específicas sobre o processo de alta e em que há melhoria

dos cuidados de enfermagem, além da utilização de instrumentos com materiais educativos para os pacientes e familiares.

Um dos estudos analisados evidenciou que as altas taxas de readmissões ocorreram em virtude de educação inadequada do paciente e falta de adesão aos medicamentos. O autor destaca que grande parte das enfermeiras que participaram da pesquisa destacou a necessidade de diretrizes específicas sobre o processo de alta com pacientes com insuficiência cardíaca. Revelou-se ainda, que cuidados direcionados por enfermeiras melhoram as disparidades nas taxas de readmissão (SEPULVEDA-PACSI, 2019).

Enfatiza-se ainda quanto à importância de adaptar diretrizes desenvolvidas para delinear os critérios para a alta do paciente com IC que tenha sido estabilizado no pronto-socorro, visto que isso aumentará a confiança dos enfermeiros que conduzirão esse processo de alta (SEPULVEDA-PACSI, 2019). Sendo que melhorar essa autoconfiança impacta diretamente na assistência prestada, visto que há estudos que descobriram que o cuidado liderado por profissionais enfermeiros melhoram as disparidades nas taxas de readmissão para diversas condições, inclusive a insuficiência cardíaca (DAVIS et al., 2007; O'CONNELL, CRAWFORD, ABRAMS, 2001).

Outro estudo mostrou que 40% dos enfermeiros referem não conseguir orientar seus pacientes durante o último turno em decorrência das condições de trabalho desfavoráveis. Além disso, também enfatiza que uma série de fatores influenciam as readmissões por insuficiência cardíaca, incluindo descompensação da função renal, altas taxas de comorbidades, baixa adesão ao tratamento instituído, os estressores psicossociais aos quais os pacientes estão expostos e limitações funcionais (CARTHON et al, 2015).

Por isso, destaca-se a importância de o profissional investir na educação continuada com enfoque nas ações multidisciplinares envolvendo o paciente e sua família. Já se sabe que um dos motivos de reinternações é justamente a falta de preparo adequado do usuário e familiares para o momento da alta hospitalar. Para isso, deve ser incentivado o permanente treinamento das equipes acerca dos aspectos fundamentais de saúde para o cuidado do paciente com IC (SOUZA; QUELUCI, 2014).

Também se destaca nessa revisão a articulação entre assistência terciária e a atenção primária, pois os pacientes com IC pós-aguda podem deteriorar rapidamente se não seguirem os cuidados clínicos prescritos. Esse estudo afirma que a combinação de serviços de enfermagem precoce e intensiva e pelo menos uma consulta de

acompanhamento médico na semana após a alta hospitalar, têm o potencial de reduzir de forma significativa as reinternações hospitalares dos pacientes com IC (MURTAUGH et al., 2017). Deste modo a continuidade do cuidado torna-se imprescindível na assistência desses pacientes.

Sendo assim, é através do planejamento da alta hospitalar que se reforça a necessidade de estudar e implementar estratégias que influenciem na consolidação das atividades de continuidade do cuidado e melhoria na transição da assistência para outro ponto da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Pode-se destacar a atuação dos enfermeiros como facilitadores desse processo, visto que possuem, em geral, maior vínculo com os usuários nos diferentes cenários de saúde e agregam conhecimentos e práticas. Sendo assim, o plano de alta planejado e sistematizado com a participação da equipe de enfermagem, do paciente e dos seus familiares/cuidadores visa alcançar melhores resultados em saúde por compartilhar saberes para esse fim (RIBAS, et al., 2018).

No presente estudo, observou-se a importância do direcionamento da atuação do enfermeiro integrado com a equipe multidisciplinar para efetivar um processo da alta hospitalar amparado por referenciais teóricos próprios, a fim de refletir diretamente na continuidade efetiva do tratamento no ambiente domiciliar, o que impacta na estabilização do quadro clínico e por consequência melhoria do bem-estar do paciente com insuficiência cardíaca.

## **CONCLUSÃO**

Os estudos analisados nesta revisão evidenciam a importância da enfermagem no processo de alta dos pacientes com IC, sendo possível identificar possíveis formas de atuação como: uso de cartão de alerta e fichário pessoal de saúde educativo, educação em saúde sobre a adesão a terapia medicamentosa e não medicamentosa, instigar o envolvimento do paciente e da família como ferramentas fundamentais para diminuir o número de reinternações hospitalares. Cabe ainda destacar, a relevância da equipe de enfermagem estar inserida na equipe multiprofissional, bem como a comunicação intersetorial para implementação de um plano de alta resolutivo.

Dentre as limitações do estudo, há a ausência de estudos amplamente divulgados que evidenciem a utilização dos sistemas de classificação e linguagem padronizada na enfermagem, o que da margem a elaboração de novos estudos sobre esse assunto relevante para a prática de enfermagem.

Ressalta-se ainda, a necessidade do desenvolvimento de novos estudos com níveis de evidência maiores que os encontrados no presente estudo, com o intuito de fornecer suporte científico à assistência de enfermagem.

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



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM PLANO DE ALTA HOSPITALAR DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

**Pesquisador:** BEATRIZ COSTA DA SILVA

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 28068919.1.0000.5546

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Sergipe - Campus Lagarto/Departamento de

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.396.816

#### Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo "Informações Básicas da Pesquisa" (PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1642741\_E1.pdf) e do "Projeto Detalhado / Brochura Investigador" (Projeto\_CEP\_EMENDA.docx) e FORMULARIO\_PARA\_SUBMISSAO\_DE\_EMENDA.docx postados em 03/10/2020.

#### Introdução:

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define alta como a atividade de liberação de um paciente do local de cuidados e normalmente se refere à data em que ele deixa o hospital (OMS, 2004). A alta pode ser definida, também, como o processo que decide o que o paciente precisa para mudar suavemente de um nível de cuidado para outro. Usualmente, contempla os serviços que o paciente necessita após a internação, inicia na admissão e finaliza após ser alocado no próximo nível de cuidado. É possível que essa transição seja entre setores de um mesmo hospital ou entre o hospital e clínica de reabilitação ou a residência do paciente (BIRJANDI; BRAGG, 2008; LI et al., 2013). Um adequado processo de transição do ambiente hospitalar para o domiciliar promove o autocuidado do paciente após a alta hospitalar. Essa transição pode ser realizada através de um conjunto de ações que objetivam a coordenação e a continuidade do cuidado. Envolve o paciente, familiares, cuidadores e profissionais que prestam assistência. Por isso, é um processo complexo

**Endereço:** Rua Cláudio Batista s/nº  
**Bairro:** Sanatônio **CEP:** 49.060-110  
**UF:** SE **Município:** ARACAJU  
**Telefone:** (79)3194-7208 **E-mail:** cephu@ufs.br



Continuação do Parecer: 4.396.816

que requer dos profissionais uma comunicação adequada e eficaz, conhecimento, experiência, competência e habilidades. Sendo assim, a transição realizada de forma correta resulta em qualidade na assistência e na vida dos pacientes, além de contribuir para evitar novas internações e reduzir custos hospitalares (WEBER et al., 2017). Dessa forma, merece ênfase o plano de alta hospitalar que inclui, dentre outras coisas, educação e treinamento suficientes dos pacientes e familiares para a assistência domiciliar, além de alternativas de apoio e enfrentamento da doença, obtenção do cuidado mais eficaz e personalizado (TEJADA-TAYABAS, PARTIDA-PONCE, HERNÁNDEZ-IBARRA, 2015).

Algumas atividades promovem sucesso para a alta, são elas: identificar os pacientes que estão clinicamente aptos para a alta, informar os pacientes e seus familiares sobre a alta hospitalar, fornecer informações por escrito sobre a transferência de cuidados após a alta e prover transporte (LAUGALAND; AASE; WARING, 2014). Vale ressaltar que, sempre que possível, as pessoas hospitalizadas deveriam receber um planejamento adequado da alta hospitalar, visto o impacto positivo que esse instrumento de trabalho pode trazer para a vida delas. Dentre as doenças com maior influência no quantitativo de internações pelo SUS, pode-se destacar a Insuficiência Cardíaca (IC), que é definida como uma síndrome clínica caracterizada por sinais e sintomas de sobrecarga de líquido e perfusão tissular inadequada. Estes ocorrem quando o coração não consegue gerar um débito cardíaco satisfatório para atender as demandas de oxigênio e nutrientes do corpo (HINKLE e CHEEVER, 2017). É considerada a via final de todas as patologias que acometem o coração e devido ao seu alto índice de morbimortalidade se torna um dos mais importantes problemas de saúde pública (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2018). A alta prevalência incide no aumento de gastos aos cofres públicos e por conta disso a OMS definiu a IC como prioridade de atenção nos setores de saúde em todo o mundo. De acordo com a Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda (2018), a IC que resulta na necessidade de hospitalização, traz problemas complexos. Os pacientes que necessitam de hospitalização para compensação apresentam um quadro de maior gravidade, visto que o crescente índice de internações é ainda uma forte causa para o aumento da mortalidade nesse grupo, o que torna o tratamento dessa afecção um desafio (COWIE et al., 2017; BOCCHI et al., 2015). Dados evidenciam que apenas no ano de 2012 houve 26.694 óbitos por IC no Brasil. Nesse mesmo ano, das 1.137.572 internações por doenças do aparelho circulatório, em torno de 21% foram devidas à IC. Outro problema é que a internação prévia acarreta novas hospitalizações e recidivas no quadro, com taxa de 50% de re-hospitalização em até um ano da última internação. Sendo assim, toda e qualquer intervenção que venha a reduzir essas internações pode resultar em ganhos econômicos

**Endereço:** Rua Cláudio Batista s/nº  
**Bairro:** Sanatório **CEP:** 49.060-110  
**UF:** SE **Município:** ARACAJU  
**Telefone:** (79)3194-7208 **E-mail:** cephu@ufs.br



Continuação do Parecer: 4.396.816

significativos e, primordialmente, a melhora da condição clínica dos pacientes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2018). Frente a essa problemática e levando em consideração a vivência da pesquisadora como integrante do grupo de pesquisa em cardiologia denominado “Congestão” em um hospital particular de Aracaju, foi possível verificar que o planejamento da alta hospitalar é pouco realizado por parte dos enfermeiros. Por isso, justifica-se a relevância de construir um instrumento para planejamento de alta dos pacientes com IC, visto que esta população precisa receber prescrições de enfermagem adequadas e seguras quanto ao quadro clínico, implicações, tratamento e mudanças no estilo de vida. Além disso, torna-se fundamental para a prática clínica dos enfermeiros. Esses profissionais tem papel importante na transição do ambiente de cuidado, por desenvolver atividades no planejamento de cuidados para a alta, educação em saúde, auxílio para reabilitação social, articulação com os demais serviços de saúde e acompanhamento pós-alta (WEBER et al., 2017; DUNN; ROGERS, 2016; THOMA; WAITE, 2017).

**Hipótese:**

Pretende-se que esse estudo possa contribuir para melhoria da assistência de enfermagem prestada no processo da alta hospitalar desses usuários e, conseqüentemente, prevenir recorrentes hospitalizações e diminuir a mortalidade, pois promoverá o autocuidado e maior segurança na transição do ambiente hospitalar para o domicílio.

**Metodologia Proposta:**

. Trata-se de um estudo de desenvolvimento metodológico que será aplicado à juízes e aos enfermeiros da prática clínica do setor cardiovascular do Hospital Cirurgia. O estudo será dividido em três etapas: a primeira será realizada uma revisão integrativa acerca do que há na literatura sobre planejamento da alta hospitalar elaborada por enfermeiros em bases de dados informatizadas que subsidiará o desenvolvimento da segunda etapa. Esta consistirá na elaboração de uma proposta de plano de alta hospitalar com intervenções baseadas na Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda, utilizando a NANDA-I e Sistema de Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC) para nortear a construção do plano. Posteriormente, será apresentado aos juízes experts no assunto e ao público-alvo para possíveis adequações e, após isto, validar do instrumento.

**Critério de Inclusão:**

<b>Endereço:</b> Rua Cláudio Batista s/nº	<b>CEP:</b> 49.060-110
<b>Bairro:</b> Sanatório	
<b>UF:</b> SE	<b>Município:</b> ARACAJU
<b>Telefone:</b> (79)3194-7208	<b>E-mail:</b> cephu@ufs.br



Continuação do Parecer: 4.396.816

Após a elaboração do plano de alta, este será encaminhado para uma validação com 3 a 5 docentes atuantes em Sergipe experts na área de taxonomias de enfermagem e/ou validação, escolhidos através da técnica de snowball, que possibilita a definição da amostra através de juízes que indicam outros juízes a participar da pesquisa, a fim de validar a aparência e o conteúdo das atividades distribuídas em toda a cartilha instrucional (POLIT; BECK, 2011). Eles deverão avaliar o plano de alta quanto aos objetivos, estrutura e apresentação, relevância, estilo da escrita e organização, através de um formulário online encaminhado para os e-mails correspondentes após a aceitação da carta convite. A etapa seguinte será caracterizada pela validação da cartilha de alta para os pacientes com IC e se dará através de formulário online encaminhado para os enfermeiros brasileiros com doutorado concluído e atuação profissional atual na docência/pesquisa e/ou assistência em cardiologia na Região Nordeste do país. Os juízes serão selecionados através do Currículo Lattes, utilizando busca por filtros pré-estabelecidos. Ambos os formulários serão criados na plataforma Survey Monkeys

**Critério de Exclusão:**

Para validar o instrumento de plano de alta, os juízes e enfermeiros serão excluídos por: Responder as questões subjetivas do instrumento de validação de forma incoerente com o que foi perguntado; Marcar mais de um item para a mesma questão objetiva ou não respondê-la.

**Metodologia de Análise de Dados:**

Para cada um dos itens do questionário aplicado será calculado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC). Esta medida nada mais é que o percentual de pessoas que julgou que o item é totalmente adequado ou totalmente adequado. Para cada um dos IVC's calculados, será feito um teste binomial, para verificar se essa estatística é igual a 0,80, ou seja, se existe concordância de 80% ou mais (CLOPPER; PEARSON, 1934). Neste teste de hipótese, o valor do IVC será considerado diferente de 0,80 quando o p-valor estimado for menor que o nível de significância de 0,05 (5%). Para cada um dos questionários será também utilizado o coeficiente Alpha de Cronbach (CRONBACH, 1951), que é uma medida que mede a correlação entre respostas de um questionário através da análise das respostas obtidas, apresentando uma correlação média entre as perguntas. Quando o Alpha de Cronbach é maior que 0,7, podemos afirmar que as respostas dadas ao questionário são consistentes.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

<b>Endereço:</b> Rua Cláudio Batista s/nº	<b>CEP:</b> 49.060-110
<b>Bairro:</b> Sanatório	
<b>UF:</b> SE	<b>Município:</b> ARACAJU
<b>Telefone:</b> (79)3194-7208	<b>E-mail:</b> cephu@ufs.br



Continuação do Parecer: 4.396.816

Validar um plano de alta hospitalar de enfermagem construído para orientação de pacientes com Insuficiência Cardíaca.

**Objetivo Secundário:**

Construir o plano de alta hospitalar fundamentado nos Sistemas de Classificação de Enfermagem e na Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda;

Validar a aparência e conteúdo do plano de alta hospitalar construído.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

A pesquisa apresentará riscos podendo estar relacionados com possível constrangimento advindos do ato de participar de uma entrevista. Estes riscos serão minimizados por meio da manutenção da privacidade do profissional na hora de coleta dos dados e no armazenamento desses dados de forma confidencial.

**Benefícios:**

Um dos benefícios deste estudo será a validação do plano de alta hospitalar que se constitui em uma ferramenta de apoio para os profissionais de enfermagem na educação e na prática clínica do paciente com Insuficiência Cardíaca, além de contribuir para o aprimoramento técnico-científico dos pesquisadores envolvidos; com a comunidade científica por contribuir com a divulgação dos achados e por consequência fomentar novas pesquisas

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Essa pesquisa é de desenvolvimento metodológico que se propõe a construir e validar um plano de alta hospitalar de enfermagem para pacientes com IC quanto ao conteúdo e aparência. A população para a validação do instrumento de plano de alta será composta por todos os juízes encontrados através da Plataforma Lattes que contemplem os critérios de inclusão e aceitem participar desse processo. A seleção da amostra será feita através de recrutamento por conveniência de acordo com a técnica de "Snowball" que possibilita a definição da amostra através de juízes que indicam outros juízes a participar da pesquisa (POLIT; BECK, 2011). De acordo com as recomendações de Pasquali (2010), o número ideal de juízes sugeridos está entre seis e vinte indivíduos, sendo preciso no mínimo três indivíduos em cada grupo de profissionais selecionados. Para evitar empate nas opiniões, será considerada uma amostra mínima de sete juízes (VIANNA, 1982). Os juízes-especialistas englobam pessoas com alto grau de conhecimento e experiência na área de atuação e poderá ser composto por

**Endereço:** Rua Cláudio Batista s/nº  
**Bairro:** Sanatório **CEP:** 49.060-110  
**UF:** SE **Município:** ARACAJU  
**Telefone:** (79)3194-7208 **E-mail:** cephu@ufs.br



Continuação do Parecer: 4.396.816

Enfermeiros que atendam os critérios de seleção de Fehring. Enquanto que o grupo do público-alvo será composto por Enfermeiros que trabalhem no setor da cardiologia clínica do hospital escolhido para o estudo. Espera-se que eles possam verificar a usabilidade do plano de alta na prática clínica, baseado nas suas experiências no campo de atuação. O método de amostragem será não probabilístico por conveniência.

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

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

**Recomendações:**

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

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

Não foram observados óbices éticos.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O CEP informa que de acordo com a Resolução CNS nº 466/12, Diretrizes e normas XI. 1 – A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais e XI. 2 - XI.2 - Cabe ao pesquisador: a) apresentar o protocolo devidamente instruído ao CEP ou à CONEP, aguardando a decisão de aprovação ética, antes de iniciar a pesquisa; b) elaborar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e/ou Termo de Assentimento Livre e Esclarecido, quando necessário; c) desenvolver o projeto conforme delineado; d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final; e) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa; g) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e h) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1642741_E1.pdf	03/10/2020 20:23:09		Aceito
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_3976683.pdf	03/10/2020 20:18:32	BEATRIZ COSTA DA SILVA	Aceito

<b>Endereço:</b> Rua Cláudio Batista s/nº	<b>CEP:</b> 49.060-110
<b>Bairro:</b> Sanatório	
<b>UF:</b> SE	<b>Município:</b> ARACAJU
<b>Telefone:</b> (79)3194-7208	<b>E-mail:</b> cephu@ufs.br



Continuação do Parecer: 4.396.816

Outros	FORMULARIO_PARA_SUBMISSAO_D E_EMENDA.docx	03/10/2020 20:17:59	BEATRIZ COSTA DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP_EMENDA.docx	03/10/2020 20:05:18	BEATRIZ COSTA DA SILVA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	07/03/2020 18:06:57	BEATRIZ COSTA DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	07/03/2020 18:05:25	BEATRIZ COSTA DA SILVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_pesquisadores.pdf	19/12/2019 09:33:53	BEATRIZ COSTA DA SILVA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	17/12/2019 21:51:02	BEATRIZ COSTA DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	17/12/2019 21:42:18	BEATRIZ COSTA DA SILVA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

ARACAJU, 13 de Novembro de 2020

---

**Assinado por:**  
**FRANCISCO DE ASSIS PEREIRA**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Rua Cláudio Batista s/nº  
**Bairro:** Sanatório **CEP:** 49.060-110  
**UF:** SE **Município:** ARACAJU  
**Telefone:** (79)3194-7208 **E-mail:** cephu@ufs.br