

Processo de enfermagem no conforto do paciente com insuficiência cardcia no domicílio

RESUMO

Este estudo objetivou descrever uma prática de enfermagem com a implementação do Processo de Enfermagem, elaborado de acordo com as necessidades de conforto do paciente com insuficiência cardcia em condição domiciliar e teve como referencial a Teoria do Conforto de Kolcaba, com vista a proporcionar conforto ao paciente. Trata-se de estudo de caso clínico. A coleta dos dados ocorreu por meio de formulário, escala de conforto, entrevista, anamnese, exame físico e observação, com um paciente assistido pelo Programa de Acompanhamento Domiciliar de um hospital público estadual, localizado em Fortaleza (Ceará, Brasil), em julho de 2013. Para cada contexto onde se produz conforto, segundo Kolcaba —físico, ambiental, sociocultural e psicoespiritual—, listaram-se os diagnósticos de enfermagem relacionados às necessidades de conforto, os resultados esperados (alívio, tranquilidade e/ou transcendência) e as intervenções/aoes pertinentes ao seu alcance. Concluiu-se que a aplicação do Processo de Enfermagem, baseado na Teoria de Kolcaba, proporcionou conforto e melhoria na qualidade de vida do paciente no domicílio.

PALAVRAS-CHAVE

Cuidados de enfermagem, teoria de enfermagem, insuficiência cardcia, pacientes domiciliares, processos de enfermagem, Serviços de Assistência Domiciliar (Fonte: DeCS, Bireme).

DOI: 10.5294/aqui.2015.15.1.11

Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo

Freire da Silva FV, da Silva L, Silva Rabelo AC. Processo de enfermagem no conforto do paciente com insuficiência cardcia no domicílio. *Aquichan*. 2015; 15 (1): 116-128. DOI: 10.5294/aqui.2015.15.1.11

- 1 Enfermeira. Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Doutoranda do Programa de Pós-graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará. Integrante do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Educação, Saúde e Sociedade, da Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil. fabiolafreire@yahoo.com.br
- 2 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará. Enfermeira do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Educação, Saúde e Sociedade, da Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil. lucia.fatima@uece.br
- 3 Enfermeira. Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, pela Universidade Estadual do Ceará. Integrante do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Educação, Saúde e Sociedade, da Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil. anacleidesr@hotmail.com

Recibido: 11 de febrero de 2014
Enviado a pares: 20 de febrero de 2014
Aceptado por pares: 30 de marzo de 2014
Aprobado: 19 de julio de 2014

Proceso de enfermería en la comodidad del paciente con insuficiencia cardíaca en el domicilio

RESUMEN

El estudio buscó describir una práctica de enfermería con la implementación del Proceso de Enfermería, elaborado de acuerdo con las necesidades de comodidad del paciente con insuficiencia cardíaca en condición domiciliar y tuvo como referencial la Teoría de la Comodidad de Kolcaba con vocación de proporcionar comodidad al paciente. Se trata de estudio de caso clínico. La recolección de los datos se dio por medio de formulario, escala de comodidad, entrevista, anamnesis, examen físico y observación, con un paciente asistido por el Programa de Acompañamiento Domiciliar de un hospital público estadual, localizado en Fortaleza (Ceará, Brasil), en julio de 2013. Para cada contexto donde se produce comodidad, según Kolcaba —físico, ambiental, sociocultural y psicoespiritual—, se listaron los diagnósticos de enfermería relacionados a las necesidades de comodidad, los resultados esperados (alivio, tranquilidad o transcendencia) y las intervenciones/acciones pertinentes a su alcance. Se concluye que la aplicación del Proceso de Enfermería, basado en la Teoría de Kolcaba, ha proporcionado comodidad y mejora en la calidad de vida del paciente en el domicilio.

PALABRAS CLAVE

Cuidados en enfermería, teoría de enfermería, insuficiencia cardíaca, pacientes domiciliarios, procesos de enfermería, servicios de atención de salud a domicilio (Fuente: DeCS, Bireme).

Hospice Nursing Comfort Care for Patients with Heart Failure

ABSTRACT

The study describes a type of hospice nursing practice that is implemented according to the comfort needs of patients with heart failure and is based on Kolcaba's theory of comfort care. It is clinical case study. The data were collected using a format, comfort scale, interview, anamnesis, physical examination and observation involving a patient who was being served by the hospice care program of a public hospital in Fortaleza (Ceará, Brazil) during July 2013. Nursing diagnoses associated with comfort needs, expected results (relief, tranquility and / or transcendence), and relevant interventions/actions within the scope of possibilities for hospice nursing care were listed for each context (physical, environmental, socio-cultural and psycho-spiritual) where comfort is produced, according to Kolcaba. The conclusion is that application of a nursing process based on Kolcaba's theory has provided comfort and improved the quality of life for hospice care patients.

KEYWORDS

Nursing care, nursing theory, heart failure, hospice patients, nursing process, hospice care services (Source: DeCS, Bireme).

Introdução

Trata-se de estudo acerca do cuidado clínico prestado pelo enfermeiro à pessoa com Insuficiência Cardíaca (IC) na busca de, por meio da Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba (1), utilizar o Processo de Enfermagem (PE) no cuidado a esse paciente, com vistas a promover-lhe conforto no domicílio.

Compreende-se que o cuidado é um constructo amplo e complexo, uma forma de estar com, de perceber, relacionar-se e preocupar-se com outro ser humano em determinado tempo e espaço compartilhados no face a face. Assim, esse cuidado é constituído e permeado por diferentes elementos, como a responsabilidade, as habilidades, as relações interpessoais, os saberes e conhecimentos instituídos (2).

O cuidado é desvelo, responsabilidade, atenção e cautela, conceitos que são atribuídos ao cuidado humano, representam atitude de ocupação, de preocupação e de envolvimento efetivo e afetivo com o outro (3).

O cuidado como processo sistêmico não representa somente uma ação pontual e unilateral, mas envolve um sentimento de pertença e de comunicação com o todo integrado, isto é, com o entorno social (4). O enfermeiro, ao desenvolver a sistematização das suas práticas, deve proporcionar um espaço de fala e escuta, o que contribuirá para a fortificação do vínculo entre profissional e usuário (5).

Nessa perspectiva, compreende-se cuidado clínico como práticas, intervenções e ações sistematizadas, de cuidado direto, desenvolvido pela equipe de enfermagem e dirigido ao ser humano, seja individualizado ou coletivo, fundamentado em evidências quantitativas e/ou qualitativas, com bases filosóficas, ética, estética, teórica, científica, técnica e política, que consideram as manifestações ou respostas das pessoas ao seu processo de viver no *continuum* saúde-doença (6).

Quando esse cuidado envolve uma mudança no estilo de vida e a não perspectiva de cura e cessação do problema em curto intervalo de tempo, como no caso de adoecimentos crônicos, como os cardiovasculares, é exigido do enfermeiro mais empenho e paciência, já que o cuidador e a pessoa cuidada devem estabelecer uma relação de mútua confiança e empenho para restabelecimento da qualidade de vida (7).

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

A IC é uma complicação grave, geralmente progressiva e irreversível, que pode comprometer a maioria dos pacientes cardíacos e, especialmente, aqueles que padecem de doença coronária, hipertensão arterial, valvulopatias ou miocardiopatias. Seus sintomas clínicos incluem dispneia, fadiga e edema, que provocam grande desconforto aos seus portadores, com grande prejuízo da qualidade de vida e redução de sobrevida. Durante as últimas décadas, a IC tem se revelado como um dos problemas de saúde pública de maior envergadura, por sua crescente incidência, principalmente, nos países desenvolvidos, com população mais idosa. Tem grande impacto social, econômico e, sobretudo, humano, visto que impõe uma grande limitação física aos pacientes e implicação em aposentadorias precoces e com altos custos governamentais (8).

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

Portanto, o enfermeiro deve estar preparado para prestar assistência de forma a atender às necessidades biológicas dos pacientes, e assim proporcionar-lhes conforto; e também às necessidades psicossociais, e levá-los a superarem limitações e adquirir mecanismos de enfrentamento (9).

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

Assim, este estudo objetivou descrever uma prática de enfermagem com a implementação do PE, elaborado de acordo com as necessidades de conforto do paciente com IC em condição domiciliar, e teve como referencial a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, com vista a proporcionar conforto ao paciente.

Métodos

Trata-se de estudo de caso clínico, extraído de dados preliminares de um estudo de dissertação com pessoas acompanhadas em domicílio (10). A essência de um estudo de caso está no fato de ser uma estratégia para pesquisa empírica empregada para a investigação de um fenômeno contemporâneo, em seu contexto real, o que possibilita a explicação de ligações causais de situações singulares (11).

A coleta dos dados ocorreu em domicílio, com um paciente assistido pelo Programa de Acompanhamento Domiciliar (PAD) de um hospital público estadual, do Sistema Único de Saúde (SUS), localizado na cidade de Fortaleza (Ceará, Brasil), no mês de julho de 2013. O sujeito do estudo é um indivíduo adulto e que possui diagnóstico médico de IC.

As informações foram coletadas em três visitas domiciliares, por meio de entrevista, anamnese, exame físico, preenchimento de formulário e escala de conforto, além de observação assistemática.

A coleta foi realizada seguindo as fases propostas pelo PE.

Primeira etapa: correspondeu à primeira fase —Histórico de Enfermagem, em que é feita a avaliação inicial do paciente—. Foi realizada em uma primeira visita domiciliar e proporcionou à pesquisadora o conhecimento do paciente estudado. Esse reconhecimento foi feito por meio de preenchimento de um formulário, o qual foi aplicado após esclarecimentos sobre os objetivos da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O formulário contou com questões para caracterização do participante da pesquisa, com variáveis sociodemográficas e sobre as condições do domicílio. Dados sobre necessidades de conforto foram coletados por entrevista semiestruturada e preenchimento de uma escala adaptada a partir da construída por Gameiro & Apóstolo em 2004, segundo o modelo operacional do “conforto” desenvolvido por Kolcaba (1). Também foram realizados exame físico e anamnese direcionados para o contexto cardiovascular, além de observação assistemática. Esta ocorreu em todas as etapas da coleta.

Segunda etapa: antecedeu a segunda visita domiciliar e correspondeu à segunda fase do PE, em que são identificados os Diagnósticos de Enfermagem (DE). Uma das pesquisadoras,

de posse dos dados coletados na primeira visita domiciliar, identificou os DE, segundo a taxonomia II da North American Nursing Diagnosis Association —NANDA Internacional— (12), no domínio 12 —Conforto, pertinentes às situações/ações de conforto. Assim, fez-se a separação dos dados obtidos pelos instrumentos/meios de coleta de dados usados na primeira etapa (anamnese, exame físico, escala de conforto, entrevista e observação assistemática). Após apreciação crítica desses dados, seguiu-se à categorização das necessidades de conforto de acordo com o contexto em que este pode ocorrer, conforme teoriza Kolcaba (1), em nível físico, ambiental, sociocultural e psicoespiritual. Essas necessidades de conforto foram então agrupadas segundo uma identificação de padrões, inferência diagnóstica e determinação das relações.

Terceira etapa: de posse dos DE identificados para cada caso, deu-se início à terceira etapa. Esta correspondeu às fases do PE de planejamento e implementação das intervenções, guiadas pela Nursing Intervention Classification —NIC— (13) e baseadas nos resultados esperados conforme a Nursing Outcomes Classifications —NOC (14)—. Para cada DE listado (com suas características definidoras e seus fatores relacionados), elencaram-se os Resultados de Enfermagem esperados (RE). Estes foram eleitos segundo as necessidades de conforto do paciente e classificados segundo o grau de conforto que poderiam proporcionar, conforme os tipos de conforto descritos por Kolcaba (1): alívio, tranquilidade e transcendência. Dando continuidade à etapa de planejamento (do PE), selecionaram-se Intervenções de Enfermagem (IE) que dessem subsídio ao alcance dos RE. A operacionalização das IE se deu mediante sugestões de atividades como recomendações ao paciente e às suas famílias sobre medidas de conforto e participação no cuidado do familiar. Algumas atividades foram propostas para serem realizadas pelo paciente de forma autônoma, outras pela família de forma auxiliar e ainda outras, que contariam com a participação do paciente e família de forma conjunta.

Quarta etapa: dando prosseguimento ao PE, foi realizada a segunda visita domiciliar. Nesta, a pesquisadora apresentou ao sujeito pesquisado as intervenções propostas para as necessidades de conforto percebidas mediante análise dos dados coletados na primeira visita.

Quinta etapa: correspondeu à última fase do PE —avaliação dos resultados— e foi realizada em uma terceira visita domiciliar. Nesta, foram identificados quais resultados foram alcança-

dos através das intervenções planejadas e propostas na segunda etapa. Essa identificação se deu por meio de entrevista semiestruturada e observação assistemática.

Utilizou-se como estratégia para apreciação dos dados obtidos pelas entrevistas, realizadas nas visitas domiciliares, a análise de conteúdo. Os dados foram categorizados de acordo com as dimensões de conforto teorizadas por Kolcaba (1), quais sejam: dimensão física, ambiental, sociocultural e psíquicoespiritual.

O processo de análise dos resultados foi fundamentado na Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba (1) e teve base na literatura pertinente ao tema em questão.

O participante da pesquisa foi esclarecido quanto aos objetivos do estudo e convidado a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, além de ter sido informado quanto ao direito ao sigilo, ao anonimato, acesso aos dados a qualquer tempo e liberdade para se retirar do estudo a qualquer momento, sem que esse fato representasse qualquer tipo de prejuízo. Também lhe informamos sobre a divulgação e publicação dos resultados em revistas científicas e congressos.

Foram considerados, durante todo o desenvolvimento da investigação, os preceitos éticos e legais da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (15), que tratam dos encaminhamentos quando as pesquisas envolvem seres humanos. Ainda atendendo aos preceitos éticos e legais da pesquisa com humanos, o projeto foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, na qualidade de unidade proponente, e aprovado pelo parecer número 252.879, além de ter a anuência do hospital sede do PAD, como unidade coparticipante.

Resultados

Relato de caso

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

Reside no bairro Parque Genibaú, no município de Fortaleza (Ceará, Brasil), em domicílio próprio, feito de alvenaria, com oito

cômodos, com serviços de saneamento básico, água encanada e eletricidade. Moram no domicílio cinco pessoas —paciente, esposa, filha, genro e neto—.

Quanto ao histórico de saúde: negou possuir alergias, hábitos de fumar e ingerir bebidas alcoólicas. Não pratica atividades físicas devido a sintomas relacionados à IC e à *Diabetes Mellitus* (DM), mas menciona sentir falta de ser mais ativo.

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

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

Relacionando-se aos contextos em que se produz conforto, Kolcaba (1) os descreve como sendo quatro: físico, psíquicoespiritual, ambiental e sociocultural. O contexto físico pertencente às sensações do corpo; o ambiental inclui o ambiente, as condições e influências externas; o sociocultural pertence às relações interpessoais, familiares e sociais, que englobam ainda aspectos financeiros e informações da vida social; e o psíquicoespiritual refere-se à consciência de si próprio, o que inclui a autoestima, o autoconceito, a sexualidade e o sentido da vida e relação com um ser supremo.

Kolcaba também descreve o conforto em três formas: alívio, tranquilidade e transcendência (1). O alívio é descrito como estado de um paciente que tem satisfeita uma necessidade específica. É satisfazer a necessidade por meio do controle de fatores de caráter global que causam desconforto, o que pode levar o cliente a um estado de calma ou contentamento; uma condição imediata. A tranquilidade é tida como o estado de calma ou satisfação. É satisfazer necessidades específicas que causam desconforto ou interferem com o conforto, resultantes de uma experiência individual. A tranquilidade pressupõe uma condição mais duradoura e contínua, um estado de contentamento e bem-estar. Já a transcendência é o estado em que se está por cima dos problemas ou da dor própria. A transcendência, como o mais elevado estado do conforto, traduz-se na satisfação de necessidades de educação e motivação, implica crescimento pessoal, ou seja, preparar o cliente para desenvolver os seus potenciais e realizar as suas atividades com a máxima independência possível adotando hábitos de vida saudáveis (1).

Ao ter em mente os contextos em que o conforto pode acontecer ou ser percebido pela pessoa, identificaram-se necessidades de conforto detectadas pelos dados coletados por cada instrumento e pertinentes a cada contexto descrito pela teórica. Com a identificação das necessidades, também foi apreendido, objetivamente pela escala de conforto e subjetivamente pelos outros instrumentos, o tipo de conforto requerido pelas necessidades em particular, o qual é singular a cada pessoa.

Na sequência se apresenta quadro demonstrativo das etapas do PE de identificação de DE, elencamento dos RE e sugestões de IE, conforme descrito. Tais fases foram desenvolvidas com base na Teoria do Conforto, com enquadramentos dos DE em contextos e dos RE e IE por contextos e tipos de conforto teorizados por Kolcaba (1).

Para o *contexto físico*, identificaram-se os problemas: mediante anamnese e exame físico (edema, formigamento e lesão em MIE, desconforto ao ficar em pé, desidratação, necessidade de auxílio para locomover-se, dor em MIE devido ao edema); pela escala de conforto e entrevista (dificuldade de locomoção) e pela observação (necessidade de realizar atividades físicas).

Os dados obtidos pela escala de conforto demonstraram necessidade de medidas que proporcionassem conforto em nível de transcendência, pois o sujeito teve pontuação 11, quando poderiam alcançar 15.

Tal pontuação proveio do escore baixo atribuído pelo paciente à afirmação contida na escala: “Evito sair de casa devido às alterações do meu aspecto físico”. Essa resposta corrobora com dados encontrados na anamnese e no exame físico. Observou-se edema em MIE, além de referências de dor, dormência e piora destes ao locomover-se ou manter-se de pé por um período maior. Além disso, a dificuldade em locomover-se, decorrente da sintomatologia citada, acaba ocasionando alguns acidentes que geram lesões na pele. Essas lesões levam mais tempo para cicatrizar devido à comorbidade associada —DM—. Além disso, o paciente sente-se com a aparência corporal desagradável devido às alterações torácicas ocasionadas pela cicatrização de ferida operatória de cirurgia cardíaca.

Diante disso, seguiu-se ao estabelecimento dos DE relacionados às necessidades detectadas. Cabe salientar que a escolha do domínio 12 —Conforto da taxonomia II da NANDA-I (12)—, para obtenção dos DE, foi feita por proximidade com o referencial teórico de Katharine Kolcaba (1).

Assim, no contexto físico, os DE do domínio Conforto pertinentes foram: conforto prejudicado, caracterizado por relato de sentir-se desconfortável, relacionado com sintomas decorrentes da doença (edema, desidratação da pele, lesões e desconforto ao permanecer muito tempo de pé); conforto prejudicado, caracterizado com relato de falta de satisfação com a situação, relacionado com a falta de controle da situação (dificuldade de locomover-se); dor crônica, caracterizado por relato verbal de dor, relacionado a agentes lesivos (sintomas relacionados à doença —edema); e disposição para melhora de conforto, caracterizado pelo desejo expresso de aumentar contentamento, relacionado à vontade de se tornar mais fisicamente ativo.

Seguindo o proposto pelo PE, estabeleceram-se os Resultados Esperados (RE) para cada DE a fim de propor intervenções que objetivassem seu alcance. Os RE foram classificados de acordo com o tipo de conforto que poderiam proporcionar, como descritos por Kolcaba —alívio, tranquilidade ou transcendência (1)—.

Assim, para o DE conforto prejudicado, foram selecionados os RE: controle de sintomas (em nível de alívio); nível de conforto, locomoção: caminhar (em nível de tranquilidade); e mobilidade (em nível de transcendência). Para o DE dor crônica, selecionaram-se os RE: controle da dor (em nível de alívio); nível de conforto (em nível de tranquilidade). Para o DE disposição para melhora do conforto, selecionaram-se os RE: autocuidado: atividades de vida

Quadro 1. Diagnósticos de Enfermagem para cada contexto onde se produz conforto, segundo Kolcaba (1), com distribuição dos resultados esperados para alcance dos diversos tipos de conforto

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

diária (em nível de alívio); autocuidado: atividades instrumentais de vida diária (em nível de tranquilidade).

Para o alcance dos RE selecionados, as IE acompanhadas de ações sugeridas foram: para o DE conforto prejudicado — controle do ambiente: conforto (posicionar o paciente para facilitar o conforto; monitorar a pele, especialmente sobre as saliências corporais, na busca de sinais de pressão ou irritação; criar um ambiente seguro para o paciente; e remover perigos ambientais); cuidados cardíacos (comer refeições pequenas e fracionadas; diminuir consumo de sódio, líquido e carboidratos); ensino: processo de doença (explicar a fisiopatologia da doença e como ela se relaciona à anatomia e à fisiologia, quando adequado; orientar o paciente sobre medidas de controle/minimização de sintomas); monitoração das extremidades inferiores (examinar as extremidades inferiores

em busca de presença de edema; examinar as unhas dos pés quanto a mudanças; examinar a pele quanto a cor, temperatura, hidratação, crescimento dos pelos, textura e fissuras ou lesões); cuidado com lesões (orientar o paciente ou o(s) membro(s) da família sobre os procedimentos de cuidados com a ferida; posicionar o paciente de modo a evitar tensão sobre a lesão); cuidados com a pele: tratamentos tópicos (evitar o uso de lençóis com materiais de textura mais grossa; aplicar emolientes na área afetada); massagem simples; e terapia com exercício: deambulação (auxiliar o paciente a usar calçados que facilitem o andar e previnam lesões; oferecer recurso auxiliar, como uma bengala).

Para o DE dor crônica, as IE sugeridas foram: controle da dor (ensinar o uso de técnicas não farmacológicas; incorporar a família na modalidade de alívio da dor, se possível; oferecer

informações sobre a dor, como suas causas, tempo de duração e desconfortos); massagem simples; e posicionamento (elevantar a parte do corpo afetada; oferecer apoio à área edemaciada).

Para o DE disposição para melhora do conforto, as IE sugeridas foram: cuidados cardíacos (orientar o paciente e a família sobre as restrições e a progressão das atividades); assistência no autocuidado (encorajar o paciente a realizar atividades normais da vida diária de acordo com seu nível de capacidade; orientar os familiares a encorajarem a independência do paciente e a interferirem apenas quando o paciente não conseguir executar algo); e controle de energia (estimular períodos alternados de repouso e atividade; organizar atividades físicas que reduzam a competição pelo suprimento de oxigênio às funções vitais do organismo; encorajar a realização de atividades físicas compatíveis com os recursos energéticos do paciente; orientar o paciente/pessoas significativas a reconhecer sinais e sintomas de fadiga que requeiram a redução da atividade; auxiliar o paciente/pessoas significativas a estabelecer metas de atividade realistas).

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

Não foram utilizadas as escalas de avaliação sugeridas pela NOC (14), pois se pretendeu uma avaliação qualitativa primada no descrito na Teoria do Conforto, quanto ao alcance dos resultados em nível de alívio, tranquilidade e transcendência. Assim, os resultados da avaliação por escalas, sugeridas na NOC (14), não forneceriam subsídios a esta análise em particular, posto que informações subjetivas poderiam ser desconsideradas.

Os resultados alcançados no contexto físico foram: alívio (paciente apresentou melhora no aspecto da pele, com cicatrização de lesão; cuidadora afirmou utilizar hidratantes para hidratar a pele e os dois estão tendo maior atenção a qualquer tipo de lesão que aparecer, com o cuidado de relatar aos profissionais quando da visita domiciliar); e tranquilidade (paciente refere considerável melhora do edema, com diminuição da dor e maior conforto ao permanecer em pé ou locomover-se, o que o tem deixado mais ativo).

Para o *contexto ambiental*, não foram detectadas necessidades de conforto a serem trabalhadas. Para o *contexto sociocultural*, identificaram-se os problemas: mediante escala de conforto

(dependência de outras pessoas), pela observação (necessidade de maior conforto do cuidador) e pela anamnese, exame físico e entrevista (não foram detectadas necessidades).

O problema detectado pela escala de conforto sugeriu necessidade de conforto em nível de alívio. O sujeito apontou desconforto no contexto da afirmativa "Sinto-me dependente dos outros". Esse dado soma ao encontrado na anamnese e exame físico, quanto à sua necessidade de auxílio para locomover-se.

Essa dependência também foi evidenciada pela falta de conhecimento do sujeito sobre seu regime terapêutico, enfatizado pelo desconhecimento das medicações em uso e de suas indicações, as quais foram bem descritas pela sua cuidadora (esposa).

Neste contexto, o DE pertinente foi: conforto prejudicado, caracterizado por relato de falta de satisfação com a situação, relacionado com falta de controle da situação (dependência de outras pessoas para o seu cuidado; e falta de tempo do cuidador para dedicação exclusiva ao cuidado, o que o levou a parar de trabalhar para cuidar do paciente).

Os RE para esse DE, em nível de alívio, não foram eleitos; em nível de tranquilidade: adaptação psicossocial: mudança de vida e bem-estar do cuidador; e em nível de transcendência: autonomia pessoal e potencial de resistência do cuidador para cuidado prolongado.

As IE e ações sugeridas para o alcance dos RE listados foram: melhora do enfrentamento (promover situações que estimulem a autonomia do paciente; encorajar o paciente a identificar seus pontos fortes e capacidades); e apoio ao cuidador (fazer afirmações positivas sobre os esforços do cuidador; estimular o cuidador a manter uma vida social).

Os resultados alcançados depois de feitas as recomendações ao paciente e família das medidas de conforto foram: alívio (paciente se mostrou com mais força de enfrentar a doença); e tranquilidade (cuidadora se mostrou mais tranquila quanto às suas demasiadas preocupações com o paciente. Também referiu estar cuidando mais de si).

Para o *contexto psicoespiritual*, identificaram-se os problemas: pela escala de conforto (tristeza associada ao estado de saúde), pelos outros instrumentos não foram detectadas nenhuma necessidade.

Quanto à necessidade identificada pela escala de conforto, esta se deu em nível de alívio. Tal necessidade foi aludida no escore atribuído à afirmativa “A minha situação me deixa triste”. Esse estado de descontentamento é pelo paciente justificado devido a sua situação de adoecimento e perda de autonomia.

Neste contexto, o DE pertinente foi: conforto prejudicado, caracterizado por relato de falta de satisfação com a situação, relacionado à falta de controle da situação (sua situação o deixa triste).

Os RE listados foram: aceitação: estado de saúde (em nível de alívio); imagem corporal (em nível de tranquilidade); e bem-estar pessoal (em nível de transcendência). A IE e ação proposta para o alcance desses resultados foi: melhora do enfrentamento (auxiliar o paciente a identificar estratégias positivas para lidar com as limitações e administrar mudanças necessárias no estilo de vida e no desempenho de papéis).

O resultado alcançado para este contexto foi alívio (paciente e cuidadora se mostraram mais confiantes quanto ao lidar com a doença, mesmo que ainda de forma insipiente).

Discussão

Muitas das necessidades de conforto relacionadas ao contexto físico são consequências diretas das alterações advindas da IC. Exemplo disso é o edema e a necessidade de praticar atividades físicas citadas pelo participante. Sabe-se que o edema é sintoma clássico da IC devido à ineficiência cardíaca e que a prática de atividades físicas é proibida pela sobrecarga que estas causam ao coração, que já está fragilizado (16).

Uma das características marcantes dos pacientes acometidos por IC é a piora da capacidade funcional e conforto. Em geral, sofrem modificações em seu padrão de vida normal, pois sintomas como dispneia, fadiga, edema, síncope e palpitações interferem na execução de determinadas tarefas do cotidiano. Além disso, existem fatores psicológicos, como o medo e a ansiedade diante das restrições a que são expostos. Assim, tanto os aspectos físicos quanto emocionais são afetados pela doença (17).

A prática de promover medidas de conforto é imprescindível ao cuidado humanizado e de qualidade ao paciente. Ressalta-se sua relevância no restabelecimento da saúde do indivíduo, uma vez que é por meio de medidas de conforto que os enfermeiros e

sua equipe promovem reforço, esperança, consolo, apoio, encorajamento e assistência de qualidade (18).

Também, enfatiza-se que a prática do enfermeiro enquanto educador no cuidado ao paciente é fator propiciador de conforto, ao passo que o esclarecimento de dúvidas e a disponibilização de informações sobre o estado de saúde (fisiopatologia, sintomatologia e tratamento) podem conferir ao paciente maior segurança e apropriação de seu cuidado.

Um estudo realizado com pacientes com IC ressaltou que o déficit de conhecimento sobre a doença é fator influenciador sobre a dependência de familiares e sobre a dificuldade de controlar hábitos de vida (19).

A responsabilidade que recai sobre o familiar que assume o papel de cuidador também se traduz em des(conforto). A observação das necessidades do cuidador é papel fundamental da enfermagem, que deve, juntamente com o cuidador, pensar nas possibilidades de recompor as energias físicas e emocionais deste. A exposição contínua dos cuidadores aos eventos estressantes da situação de cuidado implica alteração gradual e generalizada dos seus recursos pessoais e do seu bem-estar. Alguns estudos identificaram associação entre maior duração do cuidado e pior qualidade de vida do cuidador (20, 21).

Necessidades referentes à falta de informação e suas consequências negativas ao paciente e seus familiares foram detectadas e trabalhadas no contexto sociocultural.

Já no contexto psicoespiritual destacou-se como des(conforto) a tristeza relacionada ao estado de saúde alterado. A literatura enfatiza que as limitações impostas pela mudança no estilo de vida, incapacidade de realizar atividades da vida diária, hospitalizações frequentes, interrupção das atividades profissionais e a consequente redução da renda são fatores que causam sentimentos negativos (16).

No caso de portadores de morbidades crônicas, muitas vezes se encontram quadros depressivos ou de desesperança associados ao seu prognóstico. O fator emocional afeta diretamente a saúde cardiovascular (22).

Assim, o cuidado dispensado ao paciente deve visar a um conforto holístico, pois os contextos físico, ambiental, sociocultural

e psicoespiritual são influenciados e influenciadores entre si no bem-estar do sujeito.

Deve-se, portanto, estar atento não apenas à abordagem de todos esses aspectos, mas também à adequação dos RE estabelecidos e dos IE propostos quanto às possibilidades de alcance e de execução pelo paciente ante as limitações impostas pela doença.

Assim, no caso do participante, a maioria os resultados propostos visava a um estado de alívio ou tranquilidade. Isso decorreu do fato de resultados de conforto do tipo transcendência, da classificação de Kolcaba (1), serem os mais difíceis de ser alcançados, pois se referem a um estado em que os problemas são superados. No caso de pacientes com adoecimentos crônicos, algumas das necessidades identificadas são improváveis de atingir alívio do tipo transcendência.

Com relação aos RE eleitos no contexto físico, houve a necessidade dessa adaptação de medidas que propiciassem conforto, mas não sobrecarregassem o participante. Assim, como indicador de conforto relacionado com a necessidade de realizar atividades físicas, optou-se por eleger atividades de vida diária (autocuidado), pois, em geral, médicos não orientam pacientes com IC para a realização de exercício (23).

As medidas propostas conformaram-se à capacidade funcional do participante e consideraram seus aspectos físicos, emocionais, sociais, econômicos e culturais, o que lhe possibilita autonomia e apropriação do seu cuidado.

O controle inadequado da doença e a não realização da prática do autocuidado representam uma ameaça para a vida do paciente com IC, pois favorece o aparecimento de complicações (24).

No contexto sociocultural, percebeu-se que as necessidades expostas pelo participante eram decorrentes do repasse da responsabilização do seu cuidado para sua cuidadora. Essa observação conveio ao estabelecimento de resultados e intervenções que contemplassem a necessidade de conforto da cuidadora ante tal responsabilidade.

A discussão referente à sobrecarga familiar diante da dependência é algo que já vem acontecendo há décadas, sendo situação comum nos domicílios com familiares dependentes, principalmente na ausência de apoio (25, 26). A falta de tempo para atender

às necessidades e interesses pessoais e dedicar-se ao bem-estar de outrem compromete e ameaça o bem-estar do cuidador. Abrir mão de si para cuidar do outro é algo que pode ser sustentado durante certo período, mas, quando ultrapassa o limite, gera a frustração pela falta de tempo para atender às necessidades e interesses pessoais (27).

Já o que se refere ao contexto psicoespiritual, os RE e IE voltaram-se ao conforto do paciente em nível de bem-estar pessoal, o qual fortaleceria sua capacidade de enfrentamento diante da sua condição de adoecimento crônico.

O bem-estar pessoal, segundo Vecchia (28), juntamente com a autoestima, são fatores influenciadores da qualidade de vida e incluem uma série de aspectos, como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e com atividades diárias e o ambiente em que se vive. Portanto, o bem-estar pessoal aparece como um fator de satisfação pessoal, característico de transcendência individual.

Considerações finais

Este estudo possibilitou a utilização da Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba no cuidado ao indivíduo com IC. Trata-se de uma teoria de médio alcance, que demonstrou fácil aplicabilidade e afinidade com o objetivo do estudo, o qual foi proporcionar conforto por meio do cuidado de enfermagem em domicílio. Ressalta-se, portanto, a importância de o processo de enfermagem dirigido à pessoa cardiopata ter como fundamento uma teoria de enfermagem.

Isso porque a Teoria, ao ser aplicada, revela-se como um complexo teórico que fortifica a Enfermagem enquanto ciência, além de se revelar como um modo de ser com o outro, que incentiva a proximidade, a empatia, a interação e o compromisso, buscando sempre a autonomia e valorização do indivíduo.

Pretendeu-se, no desenvolvimento deste estudo, realizar atividades que abarcassem, além de conhecimento científico, um cuidar legítimo, em uma relação de envolvimento entre ser cuidado e ser cuidador.

A aplicação da Teoria do Conforto, com vistas à fundamentação do desenvolvimento do PE, possibilita, ao enfermeiro, neste caso aquele que trabalha no campo da saúde em cardiologia, uma melhor compreensão das reais necessidades do ser com IC, além de direcionar o olhar do enfermeiro para o cuidado humanístico. Dessa forma, favorece uma melhor qualidade no cuidado de enfermagem a essa população.

Como proposta à humanização no cuidado ao indivíduo com IC, sugere-se que os profissionais enfermeiros apliquem em sua prática profissional os elementos da Teoria do Conforto de Katha-

rine Kolcaba, que visam a um cuidar individualizado e eficaz, o qual amenize o sofrimento desses indivíduos e reduza suas ansiedades e preocupações. Propõe-se, também, que as instituições formadoras de enfermeiros incluam em seus planos pedagógicos o conforto como meta a ser alcançado após as atividades de enfermagem.

Ressalta-se que, apesar de o estudo não ser definitivo, ele permite e visa ao despertar de pesquisadores para que novos estudos sejam realizados na busca da melhoria do conforto ao ser com adoecimento cardíaco no ambiente domiciliar.

Referências

1. Kolcaba K. *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. Nova York: Springer publishing company, Inc; 2003. 264 p.
2. Schaurich D, Crossetti MGO. O elemento dialógico no cuidado de enfermagem: Um ensaio com base em Martin Buber. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2008; 12(3):544-48.
3. Waldow VR. Atualização do cuidar. *Aquichan* 2008; 8(1):85-96.
4. Backes MTS, Erdmann AL, Backes DS. Cuidado ecológico: o significado para profissionais de um hospital geral. *Acta Paul Enferm*. 2009; 22(2):183-91.
5. Varela GC, Fernandes SCA, Queiroz JC, Vieira AN, Azevedo VRC. Sistematização da Assistência de Enfermagem na Estratégia Saúde da Família: limites e possibilidades. *Rev Rene*. 2012; 13(4):816-24.
6. Universidade Estadual do Ceará/CMACCLIS. Regimento do Programa de Pós-graduação em Cuidados Clínicos da UECE. Fortaleza, 2011. (mimeo).
7. Silva FVF, Silva LF, Guedes MVC, Moreira TMM, Rabelo ACS, Ponte KMA. Cuidado de enfermagem a pessoas com hipertensão fundamentado na teoria de Parse. *Esc Anna Nery Rev Enferm (impr.)*. 2013; 17(1):111-9.
8. Loures VA, Noronha MFA, Bastos RG, Girardi JM. Aspectos clínicos e epidemiológicos da insuficiência cardíaca. *HU Revista, Juiz de Fora*. 2009; 35(2):89-96.
9. Soares DA, Toledo JAS, Santos LF, Lima RMB, Galdeano LE. Qualidade de vida de portadores de insuficiência cardíaca. *Acta Paul Enferm*. 2008; 21(2):243-8.
10. Silva FVF. *Processo de Enfermagem com vistas ao cuidado clínico de conforto do paciente com insuficiência cardíaca*. 2013. 167f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos e Saúde). Programa de Pós-graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza; 2013.
11. Yin RK. *Estudo de caso: planejamento de métodos*. 4ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2010.
12. NANDA Internacional. *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014*. Porto Alegre: Artmed; 2013. 606 p.
13. Dochterma JM, Bulechek GM. *Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
14. Moorhead S, Johnson M, Maas M. *Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.
15. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução 466/2012: aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *DOU n. 12 (Seção 1):59*; 2013.

16. Bocchi EA, Marcondes-Braga FG, Ayub-Ferreira SM, Rohde LE, Oliveira WA, Almeida DR, e cols. Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. Arq Bras Cardiol. 2009; 93(1 supl 1):1-71.
17. Helito RAB, Branco JNR, D'innocenzo M, Machado RC, Buffolo E. Qualidade de vida dos candidatos a transplante de coração. Rev Bras Cir Cardiovasc. 2009; 24(1):50-7.
18. Pott FS, Stahlhoefer T, Felix JVC, Meier MJ. Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico. Rev Bras Enferm. 2013; 66(2):174-9.
19. Corrêa LA, Santos I, Sousa TO, Rocha RM, Albuquerque DC. Research and Nursing Care of clients with congestive heart failure: an exploratory study. Online braz j nurs [Internet]. 2006; 5(3).
20. Franco MC; Jorge MSB. Sofrimento do familiar frente à hospitalização. Em: Elsen I, Marcon SS, Silva MRS. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. 2ª ed. Maringá: Eduem; 2004. p.169-81.
21. Fernandes MGM, Garcia TR. Atributos da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. Rev. esc. enferm. USP. 2009; 43(4):818-24.
22. Reza CG. O cotidiano do hipertenso na perspectiva do Modelo de Campo de Saúde de Lalonde [tese]. Ribeirão Preto(SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2007.
23. Guimarães GV, Carvalho VO, Torlai V, Bocchi EA. Physical activity profile in heart failure patients from a Brazilian tertiary cardiology hospital. Cardiol J. 2010; 17(2):143-5.
24. Oliveira SKP, Lima FET, Pessoa VLMP, Caetano JA, Meneses LST, Mendonça LBA. Práticas de autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca. Rev. cienc. med. 2013; 22(1):23-30.
25. Brito ES, Rabinovich EP. A família também adoecel: mudanças secundárias à ocorrência de um acidente vascular encefálico na família. Interface (Botucatu) 2008; 12(27):783-94.
26. Pinto MF, Barbosa DA, Ferreti CEL, Souza LF, Fram DS, Belasco AGS. Acta paul. enferm. 2009; 22(5):652-57.
27. Gallagher S, Phillips AC, Carroll D. Parental stress is associated with poor sleep quality in parents caring for children with developmental disabilities. J. Pediatr. Psychol. 2010; 35(7):728-37.
28. Vecchia RD, Ruiz T, Bocchi SCM, Corrente JE. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. Rev. bras. epidemiol. 2005; 8(3):246-52.