

Cuidado de enfermagem no domicílio ao paciente com insuficiência cardíaca: revisão integrativa

Nursing care at home patient with heart failure: integrative review

Cuidados de enfermería en pacientes con insuficiencia cardiaca inicio: revisión integradora

Fabiola Vlândia Freire Silva¹, Lúcia de Fátima da Silva², Ana Cleide Silva Rabelo³

Como citar este artigo:

Silva FVF; Silva LF; Rabelo ACS. Cuidado de enfermagem no domicílio ao paciente com insuficiência cardíaca: revisão integrativa. Rev Fund Care Online. 2016 out/dez; 8(4):4914-4921. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i4.4914-4921>

ABSTRACT

Objective: To analyze the scientific production about nursing care at home for patients with heart failure.

Methods: The survey of articles occurred by consulting the nursing journals, with publications available online and in full, indexed in LILACS and MEDLINE. We identified 599 articles, of which 17 comprised the study sample. **Results:** The texts originated the following categories: home care, health team in home care and proposals for better quality of care. **Conclusion:** It is important to awaken to the need for further investment and research in this area, which proved to be a very positive proposal of humanized care, since it allows the patient to be in the comfort of your home, with the support of his family, and encourage self-care and enable greater autonomy.

Descriptors: Review Literature as Topic; Nursing Care; Heart Failure.

¹ Enfermeira. Aluna do Curso Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (PPCCLIS) da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Integrante do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Educação, Saúde e Sociedade (GRUPEESS), da UECE. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: fabiolafreire@yahoo.com.br.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (PPCCLIS) da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Enfermeira do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Educação, Saúde e Sociedade (GRUPEESS). Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: luciadefatima.ce@terra.com.br.

³ Enfermeira. Aluna do Curso Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (PPCCLIS) da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Bolsista da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento (FUNCAP). Integrante do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Educação, Saúde e Sociedade (GRUPEESS), da UECE. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: anacleidesr@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: Analisar a produção científica acerca do cuidado de enfermagem no domicílio ao paciente com insuficiência cardíaca.

Método: O levantamento dos artigos ocorreu pela consulta à periódicos de enfermagem, com publicações disponíveis online e na íntegra, indexadas nas bases de dados LILACS e MEDLINE. Foram identificados 599 artigos, dos quais 17 compuseram a amostra do estudo. **Resultados:** Os textos originaram as seguintes categorias: cuidado domiciliar, equipe de saúde no cuidado domiciliar e propostas para melhor qualidade do atendimento. **Conclusão:** Considera-se importante o despertar para a necessidade de maiores investimentos e pesquisas nesta área, que mostrou-se uma proposta bastante positiva de cuidado humanizado, pois possibilita ao paciente estar no conforto do seu lar, contando com o apoio da sua família, além de incentivar o autocuidado e possibilitar maior autonomia.

Descritores: Literatura de Revisão como Assunto; Cuidados de Enfermagem; Insuficiência Cardíaca.

RESUMEN

Objetivo: analizar la producción científica sobre cuidados de enfermería a domicilio de pacientes con insuficiencia cardíaca. **Métodos:** El estudio de los artículos se produjo mediante la consulta de las revistas de enfermería, con las publicaciones en línea disponible y en su totalidad, indizada en LILACS y MEDLINE. Se identificaron 599 artículos, de los cuales 17 formaban parte de la muestra del estudio. **Resultados:** Los textos se originaron las siguientes categorías: atención a domicilio, el equipo de salud en la atención domiciliar y las propuestas para mejorar la calidad de la atención. **Conclusión:** Es importante despertar a la necesidad de una mayor inversión y la investigación en esta área, lo que resultó ser una propuesta muy positiva de la atención humanizada, ya que permite al paciente estar en la comodidad de su hogar, con el apoyo de su familia, y fomentar el autocuidado y permitir una mayor autonomía.

Descriptor: Literatura de Revisión como Asunto; Atención de Enfermería; Insuficiencia Cardíaca.

INTRODUÇÃO

Compreende-se que o cuidado é um constructo amplo e complexo, sendo uma forma de estar-com, de perceber, relacionar-se e preocupar-se com outro ser humano em dados tempo e espaço compartilhados no face-a-face. Assim, esse cuidado é constituído e permeado por diferentes elementos, como a responsabilidade, as habilidades, as relações interpessoais, os saberes e conhecimentos instituídos, entre outros.¹

O cuidado, como processo sistêmico, não representa somente uma ação pontual e unilateral, mas envolve um sentimento de pertença e de comunicação com o todo integrado, isto é, com o entorno social. O cuidado é desvelo, responsabilidade, atenção e cautela, conceitos que são atribuídos ao cuidado humano, representam atitude de ocupação, de preocupação, e de envolvimento efetivo e afetivo com-o-outro.²⁻⁴

O cuidado de enfermagem é, também, complexo e dinâmico, envolvendo um modo de ser pessoal e profissional, conhecimentos específicos e atitudes práticas que o caracterizam como parte da relação estabelecida entre o ser que cuida

e o ser que é cuidado, e destes com o mundo vivido e experienciado por ambos no tempo e espaço compartilhados.¹

Nesse sentido, depreende-se que o cuidado de enfermagem consiste na essência da profissão e pertence a duas esferas distintas: uma objetiva, que se refere ao desenvolvimento de técnicas e procedimentos, e uma subjetiva, que se baseia em sensibilidade, criatividade e intuição para cuidar de outro ser.⁵

Com o reconhecimento da subjetividade/objetividade no cuidar da enfermagem, torna-se relevante buscar ações/decisões, agregando ao habitual modelo biologista a subjetividade que também permeia o cuidado em enfermagem.⁶

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

No contexto do tratamento das patologias cardiovasculares, como a IC, os objetivos do enfermeiro envolvem também a redução da morbimortalidade e manutenção da qualidade de vida das pessoas enfermas.

O impacto e a interferência negativa da IC na vida das pessoas são notáveis, sendo assim, o enfermeiro deve estar preparado para prestar assistência de forma a atender às necessidades biológicas dos pacientes, proporcionando-lhes conforto e também às necessidades psicossociais, levando-o a superar limitações e adquirir mecanismos de enfrentamento.⁷

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

A utilização do domicílio como espaço de cuidado à saúde expandiu mundialmente a partir da segunda metade do século XX, como espaço de cuidado que responde ao aumento dos custos com os atendimentos hospitalares e a indisponibilidade dos serviços de saúde para atender à demanda da população, especialmente frente ao envelhecimento e incremento da carga de doenças crônicas. Assim, o uso do domicílio como espaço de atenção procurou racionalizar a utilização dos leitos hospitalares, reduzir os custos da assistência e estabelecer uma lógica de cuidado sustentado na humanização.^{8,9}

Sendo assim, esse estudo se volta para a análise da produção científica da enfermagem acerca do cuidado de enfermagem no domicílio ao paciente com insuficiência cardíaca.

MÉTODOS

Para o alcance do objetivo proposto, optou-se pela revisão integrativa da literatura a partir de artigos publicados em periódicos de enfermagem, acerca da temática. A revisão integrativa possibilita a síntese e a análise do conhecimento científico já produzido sobre o tema investigado. Para operacionalizar essa revisão, foram seguidas rigorosamente as seguintes etapas: estabelecimento da questão norteadora; seleção dos artigos e critérios de inclusão; extração dos artigos incluídos na revisão integrativa; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; interpretações dos resultados e apresentação da revisão integrativa.^{10,11}

A questão norteadora deste estudo foi: o que os estudos sobre os cuidados de enfermagem no domicílio para os pacientes com insuficiência cardíaca tem identificado?

A etapa de busca e seleção de estudos foi realizada em outubro de 2012. Foram consultados periódicos de enfermagem indexados nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System*).

Utilizou-se como descritores de assunto, segundo os Descritores em Ciências da Saúde (DECS), os termos cuidados de enfermagem e insuficiência cardíaca, e a palavra-chave domicílio. Estes foram cruzados dois a dois na busca das bases de dados, pois utilizados juntos não apresentaram amostra. Adotaram-se como critérios de inclusão: artigos originais de enfermagem, disponíveis na íntegra eletronicamente, publicados nos últimos cinco anos (2007-2011), e que abordaram o cuidado de enfermagem no domicílio ao paciente com insuficiência cardíaca.

Na base de dados LILACS, foram localizados 86 artigos e selecionados 17. Para a base de dados MEDLINE foram encontrados 513 artigos, selecionados 15. Após análise dos textos na íntegra, do total de artigos analisados, considerando-se os critérios de inclusão e as repetições, foram excluídos 15. Na amostra final, foram obtidos 17 artigos.

Os dados foram coletados, em cada estudo, mediante um instrumento de coleta adaptado daquele previamente elaborado e validado por Ursi.¹² As informações extraídas dos estudos revisados incluíram conteúdos relacionados à identificação do artigo (título, periódico, ano de realização da pesquisa e da publicação, região e estado onde foi realizada e origem – recorte/derivação); identificação dos pesquisadores (área de atuação e titulação máxima) e identificação da pesquisa (sujeitos/população e cenários estudados, delimitação e características do estudo, objetivos, resultados, conclusões e recomendações para a prática de enfermagem).

A apresentação dos resultados e discussão dos dados obtidos foi feita de forma descritiva, possibilitando ao leitor a avaliação da aplicabilidade da revisão integrativa elaborada, de forma a atingir o objetivo desse método, qual seja, impactar positivamente na qualidade da prática clínica de enfermagem.

RESULTADOS

Nesta revisão integrativa, a média de publicações que abordaram a temática, no período estudado, foi de 3,4 por ano, cuja representatividade foi de 3 (17,6%) artigos em 2007, 3 (17,6%) em 2008, 5 (29,4%) em 2009, 2 (11,8%) em 2010 e 4 (23,5%) artigos no ano de 2011. Quanto à procedência, as pesquisas foram realizadas no Brasil, com 10 (58,8%) publicações, Colômbia, Estados Unidos, Canadá, Inglaterra, Portugal, Holanda e Alemanha com 1 (5,9%) publicação cada. As pesquisas realizadas no Brasil concentraram-se nas regiões Sudeste, com 5 (29,4%), e Sul com 4 (23,5%) das publicações. Quanto ao idioma, 10 (58,8%) estavam em português (na variação do idioma falado no Brasil), 1 (5,9%) na variação do português falada em Portugal, 1 (5,9%) em espanhol e 5 (29,4%) em inglês.

Em relação à publicação, verifica-se que os estudos analisados estão concentrados em periódicos B1 (58,8%), A2 (29,4%) e A1 (11,8%), segundo a classificação da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, denominada Qualis/CAPES, para a área de Enfermagem. Destaca-se a Revista Gaúcha de Enfermagem, Acta Paulista de Enfermagem, Ciência, Cuidado e Saúde, Revista Enfermagem UERJ como os periódicos nacionais que mais publicaram estudos na temática, com 2 (11,8%) artigos cada.

Quanto ao tipo de estudo das publicações que compuseram a amostra desta revisão, 11 (64,7%) foram pesquisas qualitativas, com diversas fundamentações como o interacionismo simbólico (IS), a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) e a hermenêutica-dialética, além de abordagem exploratória descritiva e relato de experiência; 6 (35,3%) foram pesquisas quantitativas, na maioria randomizadas e prospectivas.

O local de realização dos estudos foi na sua maioria serviços de saúde 13 (76,5%), sendo apenas 4 (23,5%) o domicílio e 1 (5,9%) ambos os locais.

DISCUSSÃO

Os resultados organizados em categorias representam os conteúdos extraídos dos textos os quais conduziram às discussões pertinentes à temática central sobre o cuidado de enfermagem em domicílio ao paciente com insuficiência cardíaca.

Cuidado domiciliar

Esta categoria reuniu publicações que versam acerca do cuidado domiciliar, ressaltando as expectativas, significados e necessidades dos pacientes e familiares que necessitam desse cuidado.

Alguns estudos caracterizaram a população atendida em domicílio, ressaltando que esta é composta por pessoas, na sua maioria, idosas.^{13,14}

Neste contexto, vale salientar o significado do domicílio enquanto cenário de cuidado. Alguns estudos ressaltam a

importância da internação domiciliar como ajuda/suporte da cuidadora no domicílio, especialmente, quando a doença evolui aumentando a necessidade e a complexidade dos cuidados exigidos para manter a estabilidade do doente.¹⁵

O conforto de ser cuidado no próprio domicílio é um fator que reforça a importância de se trabalhar com a família para o cuidado ao paciente.¹⁶ Além disso, o cuidado em domicílio diminui o número de hospitalizações e os custos com estas, diminuindo a demanda dos serviços de saúde terciários.¹⁷⁻¹⁹

Contudo, para um cuidado de qualidade no domicílio, é necessário que o indivíduo e a família estejam preparados para assumir a responsabilidade deste cuidado. Alguns estudos enfatizaram que os familiares muitas vezes realizam o cuidado mediante conhecimentos e habilidades adquiridos por experiências de acerto e erro e que a equipe de saúde tem sido negligente quanto às orientações de que paciente e família necessitam.¹⁵

Os resultados de um estudo relatam que o cuidado desenvolvido no domicílio constitui-se em um aprendizado solitário para a cuidadora que, entre erros e acertos, vai desenvolvendo estratégias para superar os desafios. Os cuidadores nesse estudo relatam ter aprendido muita coisa relacionada ao cuidado domiciliar com a vida, com a situação da doença.¹⁵

O discurso reforça que a cuidadora aprende sozinha no dia a dia, pois ao se deparar com as situações imprevistas, terá que encontrar alternativas para resolvê-las independente de estar capacitada para tal. A atividade de cuidar no domicílio é um aprendizado constante e diário. Na prática, a cuidadora necessita desenvolver e agregar novas atividades resultantes das demandas do doente que vão surgindo com o passar do tempo e a evolução da doença.¹⁵

Outro estudo expõe que não houve preparação da família.¹⁴ As cuidadoras não possuíam formação para cuidar dos familiares em situação de adoecimento, como também referiram que até o momento não haviam recebido instruções formais de profissionais da saúde para a realização de cuidados.¹³

As equipes não têm conseguido dar conta de orientar os familiares, para que os mesmos se sintam apoiados e seguros para o desempenho do cuidado.¹⁶

Em outro estudo, alguns pacientes referiram que não tinham qualquer tipo de acompanhamento com profissional específico, apenas realizavam controle por conta própria.²⁰

O cuidado dispensado pelos familiares muitas vezes não é o mais recomendado tecnicamente, porém, muito acrescenta à recuperação desse familiar que necessita de cuidado, o vínculo afetivo, o conhecimento que o familiar tem do seu doente e sua história de vida.¹³ A família é uma das fontes mais importantes de apoio, na qual estão incluídos os parentes e amigos.^{14,21} Ser cuidado por um familiar gera um sentimento de satisfação e gratidão.¹³ Ainda há estudos que salientam que, para o doente, receber este apoio emocional

e contar com a participação direta desses familiares em seu cuidado é de grande importância para o enfrentamento.²²

Como a família carece de ajuda para prestar este cuidado, ela busca apoio de outros setores e não somente dos serviços/profissionais de saúde. Um estudo refere que este é o momento de buscar apoio com a comunidade, com a igreja, com as instituições envolvidas.²² Para estes pacientes a espiritualidade se constitui em uma forma de apoio que habitualmente encontra sua maior manifestação nas práticas religiosas.²¹

A rede de suporte social é de fundamental importância no enfrentamento de uma doença crônica e proporciona ao paciente o aumento de sua autoestima, de inserção familiar e domínio sobre o seu próprio ambiente.²⁰

Mas nem sempre esta rede social dar apoio. Alguns pacientes estão sentindo falta de uma assistência diferenciada no domicílio e seus cuidadores (familiares) também estão inseguros, estressados e sem rumo, porque as redes sociais muitas vezes, não estão dando o suporte necessário para estes indivíduos.¹³

O apoio e a capacitação do paciente e família são responsabilidade primeira da equipe de saúde. A família necessita de atenção e acompanhamento direto, pois geralmente assume o papel de principal cuidador no domicílio.¹³ É certo que a cuidadora aprende pela necessidade de fazer, mas é essencial a ajuda dos profissionais da saúde.¹⁵

Pacientes e suas famílias precisam ser capacitados inicialmente, mas também precisam ser acompanhados de tempos em tempos com vistas a corrigir falhas⁽¹⁶⁾. Os profissionais de saúde podem dar orientações que contribuem no aprender/fazer o cuidado,^{15,23} contudo, muitas vezes este presta o seu cuidado sem a preocupação de capacitar o outro para fazê-lo de forma independente. Muitas vezes o familiar cuidador é excluído deste processo de cuidado.¹³

No caso de pacientes que moram sozinhos, seria de suma importância que os profissionais de saúde ajudassem a mobilizar os recursos informais de sua comunidade para a administração de cuidados que ele não seja capaz de executar.¹⁶

Um estudo demonstrou que reunião entre o grupo de cuidadores e a equipe interdisciplinar, é uma oportunidade valorosa, pois proporciona troca de conhecimentos entre a equipe e os cuidadores sobre o projeto terapêutico do usuário, o esclarecimento de dúvidas, a colocação das dificuldades no enfrentamento da doença e troca de experiências entre cuidadores.²⁴

A meta é que a própria família consiga resolver suas necessidades de cuidados cotidianos, considerando os recursos que ela tem disponível. Esta condição, portanto, deve constituir preocupação da equipe de saúde, a qual deverá incluir em seu plano de cuidado, promover a instrumentalização da família para que ela possa, gradativamente, assumir a execução deste cuidado.¹⁶

Alguns pacientes assumem uma atitude de conformismo em relação às suas necessidades de cuidado, afirmando assim a satisfação com o cuidado que recebem da equipe de saúde.

Para alguns pacientes a visita domiciliar é um privilégio. Isso talvez ocorra devido ao fato de que muitos deles desconhecem os seus direitos. O não conhecimento deste direito os faz pensar que são privilegiados, já que a inexistência deste tipo de cuidado poderia privá-los de um acompanhamento, principalmente do profissional médico e, assim, dificultar o seu acesso aos serviços de saúde.¹³

Contudo, não são todos os serviços/profissionais de saúde que são omissos quanto ao cuidado em domicílio. Existem serviços de saúde que procuram proporcionar este cuidado, e fazê-lo com qualidade.

Sujeitos de um estudo relataram que as visitas domiciliares realizadas pela equipe de saúde são satisfatórias, porém sua frequência/periodicidade é referida como insuficiente.¹³ Um novo serviço de atendimento domiciliar proposto num estudo, o qual realiza visitas com maior frequência, demonstrou que este acompanhamento contínuo possibilita a identificação, em um nível significativamente mais elevado, das necessidades de cuidados de enfermagem, para além do identificado pelos serviços de enfermagem já existentes.¹⁷

Entre as ações de enfermagem identificadas pelos sujeitos, predominaram aquelas relacionadas ao nível afetivo, como a atenção e o carinho na forma como eles se sentem cuidados.²⁰ Todavia, às vezes o paciente se encontra envolto em preconceitos diante deste cuidado, pois algumas vezes a receptividade e as expectativas quanto ao cuidado domiciliar estão influenciadas por experiências passadas com o serviço de saúde.²³ Se esta receptividade não for boa, a construção de um vínculo de confiança será prejudicada.

Na internação domiciliar, as relações entre cuidador e usuário, equipe e usuário, família e usuário, cuidador e família são otimizadas pelo vínculo cotidiano que se estabelece, e são vistas como positivas na implementação do cuidado e melhoria do usuário, reafirmando a importância das tecnologias leves na qualificação do cuidado.²⁴

É importante que o paciente seja parceiro dos cuidados.¹⁴ A equipe de saúde, como cuidadora, realiza as ações de cuidado baseada nas suas convicções, mas precisa compreender que o cliente possui autonomia e individualidade em favor de seus princípios, estilo de vida e educação.¹³

Torna-se importante propiciar para este paciente, oportunidades para que ele aprenda a lidar com as mudanças que ocorrem no seu corpo, tirando proveito da sua condição, conquistando sua autonomia, sentindo-se sujeito da sua própria história.²⁰ Um estudo demonstrou que, com o propósito de participar do seu próprio cuidado, alguns pacientes iniciaram um trabalho de vigiar as mudanças em seu corpo relativas à sua condição de saúde, para assim identificar sinais que o alertem sobre a necessidade de buscar um serviço de saúde.²¹

Os cuidados domiciliários também favorecem à mudança de comportamento por parte dos pacientes na busca de qualidade de vida.^{17,18} Um estudo comparativo entre estratégias de visita domiciliar, acompanhamento de pacientes via ligação telefônica e telemonitoramento demonstrou resultados

melhores das visitas quanto à mudança de comportamentos de saúde por parte dos pacientes.²⁵ Outro estudo também refere à melhora do autocuidado como resultado dos cuidados domiciliares.¹⁹

Equipe de saúde no cuidado domiciliar

Nesta categoria foram incluídos os artigos que refletem acerca do papel da equipe de saúde no cuidado ao paciente e família no domicílio.

O trabalho da equipe de saúde visa ajudar os pacientes a se tornarem menos dependentes e frágeis. Isto se torna possível com acompanhamento / controle constante do tratamento proposto e com um cuidado condizente com as reais necessidades de saúde. Sendo assim, é necessário que a equipe de saúde tenha disponibilidade e periodicidade para o cuidado domiciliar.¹³

Um estudo relatou que a maioria dos cuidados de enfermagem prestados no domicílio eram ações curativas, voltadas para o alívio da dor e cuidados medicamentosos.¹⁴ Também houve relatos de que os cuidados prestados pela enfermagem em domicílio são cuidados gerais, com avaliação e observação, embora a maioria focada em aspectos de cuidados clínicos.¹⁷ Ainda outro estudo relatou que na visita domiciliar são realizados curativos, vacinação, coleta de exames de sangue e de urina, verificação de sinais vitais e hemogluco teste.²⁶

Estes resultados contrapõem-se aos encontrados em outros estudos que referem que a prática do enfermeiro vai além do cuidar técnico, pois ele também oferece conforto, apoio e orientação às famílias.²⁶ O enfermeiro também avalia o paciente nas suas dimensões física, funcional, emocional e cognitiva.²³ São utilizadas tecnologias de saúde tipificadas como tecnologias leves, tecnologias leve-duras e tecnologias duras no cuidado domiciliar.²⁴

A maioria dos estudos enfatizou o papel do enfermeiro no cuidado domiciliar como sendo de educador. Um deles trouxe que a equipe de enfermagem trabalha na orientação de temas relacionados ao tratamento da insuficiência cardíaca com o objetivo de ensinar os pacientes sobre a doença, autocuidado, tratamento e qualidade de vida.²⁷

Outro profissional que teve seu papel de educador destacado foi o Agente Comunitários de Saúde (ACS). O conhecimento teórico, ou seja, o saber científico que o enfermeiro possui, permite que ela desenvolva atividades educativas mais detalhadas e aprofundadas do que as realizadas pelos ACSs. No entanto, o saber empírico que o ACS possui da comunidade faz com que suas orientações educativas sejam mais próximas da realidade da população, favorecendo o entendimento e a valorização.²⁶

O processo educativo desenvolvido no âmbito domiciliar deve estar embasado em uma relação horizontal, dialógica, reflexiva entre os profissionais de saúde e as cuidadoras, possibilitando que estas encontrem formas e alternativas de solucionar os problemas decorrentes da doença do familiar.¹⁵

Os profissionais de saúde, ao realizarem orientações em relação ao cuidado domiciliar, precisam estar atentos na utilização de uma linguagem adequada considerando a realidade cultural e social de cada família.¹⁵ Os temas devem ser abordados com linguagem simples para facilitar o entendimento dos pacientes.²⁷

Os profissionais de saúde buscam a interação constante para construir vínculos, permitir o diálogo e o respeito em suas diferenças.^{13,23} Relacionamentos são fundamentais para a boa prática e tomada de decisão.²³

O atendimento aos doentes é um processo relacional, produzido através do trabalho vivo em ato, ou seja, a partir do encontro entre duas pessoas no qual se estabelece um jogo de expectativas e produções, criando espaços de escutas, falas, empatias e interpretações.²⁴

Uma das atividades mais destacadas em um estudo foi a escuta ativa, para alguns ouvir, conversar ou dar atenção. Sabe-se que, para entender os problemas que afetam um usuário e buscar a melhor solução, é necessário primeiro escutá-lo, deixar que relate suas queixas. Para isso, a visita domiciliar se mostra como um momento propício, já que o usuário está na intimidade de seu lar.^{24,26}

A escuta ativa e as observações feitas na visita domiciliar podem determinar atividades de educação em saúde às famílias, a fim de promover a saúde e prevenir as doenças.²⁶

Considerar uma prática educativa individualizada permite maior êxito.¹⁶ Também deve-se considerar as personalidades individuais, valores e crenças, desejos e receptividade ao cuidado.²³

A equipe da ESF não deve focar sua intervenção ou ação de cuidado de modo prescritivo (prescrição medicamentosa), mas, sim, realizar assistência integral ao paciente/família (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde), respeitando sempre as crenças, costumes, valores e hábitos destes, objetivando o conforto e bem-estar destes indivíduos.¹³

Durante a consulta de enfermagem a fala do paciente é respeitada e o enfermeiro ouve atentamente para que ele possa expressar suas angústias e tirar as dúvidas sobre a doença e tratamento farmacológico e não-farmacológico.²⁷ Além disso, os profissionais de saúde, dentre estes os enfermeiros, durante o cuidado aos que convivem com a insuficiência cardíaca, devem estar atentos às formas de enfrentamento adotadas por estes clientes, para que possam estimular recursos positivos que contribuam para uma vida com qualidade.^{20,23}

O cuidado ao paciente envolve uma boa comunicação e o estabelecimento de uma relação interpessoal saudável, que proporcione confiança e apoio o que permite que as necessidades do cliente, famílias e comunidades sejam identificadas e atendidas.²⁰

A atenção ao usuário requer uma concepção ampliada de saúde, percebendo as necessidades individuais de cada um.²⁴ A observação do ambiente também é relevante para iden-

tificar as mudanças estruturais que ocorrem no domicílio.²³ Um estudo relata que os profissionais parecem fazer esses apontamentos de modo discreto, não intimidando a família, deixando evidente que o observado é referente aos aspectos que influenciam a saúde.²⁶

O papel da enfermagem no cuidado domiciliar envolve várias metas, dentre elas a avaliação das necessidades de saúde do paciente e da família; estabelecimento de relacionamento com o paciente e a família; e os conhecimentos, práticas e abordagens ideais para cuidar.²³ Estas possibilitam melhor planejamento das intervenções adequadas a atender o paciente de forma integral e individualizada.¹⁷

Os cuidados de enfermagem no domicílio são voltados para a melhora do estado funcional do paciente, visando manter a independência deste na residência e evitar internações hospitalares desnecessárias.^{17,18,25}

Obstáculos à uma atenção integral e propostas para uma melhor qualidade do atendimento

Esta categoria engloba trabalhos que expõem alguns aspectos que dificultam o cuidado do enfermeiro no domicílio e outros que trazem propostas para melhorar a qualidade do cuidado domiciliar, visando um cuidado de qualidade e que proporcione conforto e qualidade de vida ao paciente e sua família.

Um dos aspectos apontados como empecilhos à atenção de qualidade foi a desproporção entre a população a ser cuidada e o número de trabalhadores disponíveis para os cuidados domiciliares, pois esta pode acarrear a perda da efetividade e continuidade do cuidado prescrito para este grupo populacional.¹³ Outro ponto destacado foi a grande rotatividade dos enfermeiros⁽¹⁴⁾, além da falta de recursos.²³

Outro estudo trouxe que a deficiente comunicação da equipe de saúde, onde distinguem-se intervenções interdependentes e intervenções autônomas, compromete o trabalho em equipe e impõe várias barreiras ao cuidado de qualidade. Ausência de guias orientadores da prática de cuidados no processo de tomada de decisão em enfermagem e na fase de implementação das intervenções também foi identificado como fator negativo. Além da ausência de um processo clínico único, pois só através de registros escritos e da sua partilha é possível concretizar todas as etapas estabelecidas que permitem a sistematização, análise, avaliação e reflexão da prática.¹⁴

Outros resultados fazem referência à não existência de uma filosofia de qualidade no serviço de cuidado domiciliar, assim não há supervisão dos cuidados prestados, nem avaliação desses mesmos cuidados. Estas duas atividades se supervisionadas forneceriam dados para uma melhor gestão de recursos tendo como base ganhos em saúde, assim como repercussões a nível dos custos.¹⁴

Quanto às propostas de melhoria da qualidade dos cuidados domiciliares, um estudo apontou que a produção de guias orientadores da prática de cuidados de enfermagem

baseados na evidência empírica constituem uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício dos enfermeiros.¹⁴

Outro sugeriu a utilização de um formulário baseado nas classificações da NANDA-NIC-NOC, tendo por finalidade documentar e comunicar aos outros membros da equipe de saúde a evolução e a condição do paciente.²⁷

Para outros autores, quando o paciente recebe um cuidado de enfermagem melhor planejado, baseado em conhecimento e evidência científica e em classificações de enfermagem, a eficácia das intervenções propostas é evidenciada pela avaliação da melhora dos resultados alcançados.²⁸

A educação em saúde também constitui uma atividade essencial para gerar mudanças de comportamento e amenizar ou erradicar os sinais e sintomas de uma doença. É necessário que o enfermeiro tenha conhecimento e habilidade para ensinar e, assim, contribuir para a mudança de estilo de vida e a melhora do estado de saúde do paciente e, conseqüentemente, para a melhora da sua qualidade de vida.²⁹

CONCLUSÕES

A presente revisão integrativa possibilitou identificar as contribuições da produção científica de enfermagem sobre os cuidados em domicílio ao paciente com insuficiência cardíaca, possibilitando despertar os profissionais, estudantes e pesquisadores-enfermeiros para a necessidade de maiores investimentos e pesquisas nesta área, que mostrou-se uma proposta bastante positiva de cuidados humanizados, pois possibilita ao paciente estar no conforto do seu lar, contando com o apoio da sua família no cuidado, além de incentivar o autocuidado e a dar subsídios para maior autonomia.

As publicações analisadas ressaltaram que o domicílio é um ambiente propício para as práticas de enfermagem voltadas à educação em saúde, com vistas à capacitação do indivíduo e de sua família para realizar cuidados preventivos, além de identificar sinais e sintomas preditivos de agravamentos da insuficiência cardíaca. Sendo assim, há uma diminuição de hospitalizações desnecessárias, em contrapartida, diminui-se a não detecção de complicações com consequentes implicações negativas para o quadro geral de saúde do paciente.

No contexto dos cuidados em domicílio sugere-se como proposta de melhora do cuidado prestado, a utilização de teorias de enfermagem e da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) como métodos que auxiliam na qualidade do cuidado, pois, sendo baseado no método científico, traz maior credibilidade além de organização ao trabalho da enfermagem. Dentre as teorias de enfermagem pertinentes cita-se a Teoria do Alcance de Metas de Imogene King, a Teoria do Autocuidado de Callista Roy e a Teoria do conforto de Katherine Kolcaba, apenas algumas dentre as diversas já desenvolvidas e pertinentes ao cuidado em domicílio no contexto do adoecimento crônico.

Ressalta-se a pertinência de estudos que descrevem o estado da arte de determinado tema, pois estes possibilitam ao enfermeiro conhecer o que está sendo estudado sobre a temática, facilitando o desenvolvimento de propostas de intervenção para um cuidado voltado às necessidades de determinada clientela.

REFERÊNCIAS

- Schaurch 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.
- Backes MTS, Erdmann AL, Backes DS. Cuidado ecológico: o significado para profissionais de um hospital geral. *Acta Paul Enferm* 2009; 22(2):183-91.
- Boff L. Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes; 2001.
- Waldow VR. Atualização do cuidar. *Aquichan. Chía.* 2008; 8(1):85-96.
- Souza ML, Sartor VVB, Padilha MICS, Prado ML. O cuidado em Enfermagem: uma aproximação teórica. *Texto&Contexto Enferm.* 2005; 14(2):266-70.
- Furtado AM, Pennafort VPS, Silva LF, Silveira LC, Freitas MC, Queiroz MVO. Cuidar permanência: enfermagem 24 horas, nossa maneira de cuidar. *Rev Bras Enferm.* 2010; 63(6):1071-76.
- Soares DA, Toledo JAS, Santos LF, Lima RMB, Galdeano LE. Qualidade de vida de portadores de insuficiência cardíaca. *Acta Paul Enferm.* 2008; 21(2):243-48.
- Silva KL, Sena RR, Leite JCA, Seixas CT, Gonçalves AM. Home care in the Brazilian National Health System (SUS). *Rev Saude Publica.* 2005; 39(3):391-7.
- Martins AA, Franco TB, Merhy EE, Feuerwerker LCM. A produção do cuidado no Programa de Atenção Domiciliar de uma Cooperativa Médica. *Physis.* 2009; 19(2):457-74.
- Ganong LH. Integrative reviews of nursing research. *Res. Nurs. Health.* 1987; 10(1):1-11.
- Whittemore R, Knafl K. The integrative review: update methodology. *J. Adv. Nurs.* 2005; 52(5):546-553.
- URSI, E. S. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005.
- Martins JJ, Nascimento ERP, Erdmann AL, Candemil MC, Belaver GM. O cuidado no contexto domiciliar: o discurso de idosos/familiares e profissionais. *Rev. enferm. UERJ.* 2009; 17(4):556-62.
- Pereira EGA, Costa MAM. Os centros de saúde em Portugal e o cuidado ao idoso no contexto domiciliário: Estudo de um centro de saúde. *Texto Contexto Enferm.* 2007; 16(3): 408-16.
- Brondani CM, Beuter M. A vivência do cuidado no contexto da internação domiciliar. *Rev Gaúcha Enferm.* 2009;30(2):206-13.
- Moreira RC, Cruz CFR, Valsecchi EASS, Marcon SS. Vivências em família das necessidades de cuidados referentes à insulino terapia e prevenção do pé diabético. *Rev Gaúcha Enferm.* 2008; 29(2):283-91.
- Szczepura A, Nelson S, Wild D. In-reach specialist nursing teams for residential care homes: uptake of services, impact on care provision and cost-effectiveness. *BMC Health Services Research.* 2008; 8:269.
- Porte PWF, Lok DJA, Veldhuisen DJ, Wijngaarden J, Cornel JH, Zuithoff NPA, et al. Added value of a physician-and-nurse-directed heart failure clinic: results from the Deventer-Alkmaar heart failure study. *Heart.* 2007;93:819-25.
- Peters-Klimm F, Campbell S, Hermann K, Kunz CU, Müller-Tasch T, Szecsenyi J. RCesaarsceh management for patients with chronic systolic heart failure in primary care: The HICMan exploratory randomised controlled trial. *Trials.* 2010; 11:56.
- Santos ACS, Santo FHE, Pestana L, Daher DV, Santana R. Insuficiência cardíaca: estratégias usadas por idosos na busca por qualidade de vida. *Rev Bras Enferm.* 2011; 64(5): 857-63.
- Gómez NEZ. La experiencia de sufrir una insuficiencia cardiaca crónica. Un padecimiento que acerca a la muerte. *Invest Educ Enferm.* 2011;29(3):419-26.
- Ferreira NML, Dupas G, Costa DB, Sanchez KOL. Câncer e família: compreendendo os significados simbólicos. *Cienc Cuid Saude.* 2010; 9(2):269-277.
- Stajduhar KI, Funk L, Roberts D, McLeod B, Cloutier-Fisher D, Wilkinson C, et al. Home care nurses' decisions about the need for and amount of service at the end of life. *Journal of Advanced Nursing.* 2011; 67(2):276-86.
- Arriera ICO, Thofehr MB, Fripp JC, Duval P, Valadão M, Amestoy SC. Programa de internação domiciliar interdisciplinar oncológico: metodologia de trabalho. *Cienc Cuid Saude* 2009; 8 (suplem.):104-109.
- Bowles KH, Holland DE, Horowitz DA. A comparison of in-person home care, home care with telephone contact and home care with telemonitoring for disease management. *J Telemed Telecare.* 2009; 15(7): 344-50.
- Kebian LVA, Acioli S. Visita domiciliar: espaço de práticas de cuidado do enfermeiro e do agente comunitário de saúde. *Rev. enferm. UERJ.* 2011; 19(3):403-9.
- Cavalcanti ACD, Correia DMS, Queluci GC. A implantação da consulta de enfermagem ao paciente com insuficiência cardíaca. *Rev. Eletr. Enf. [Internet].* 2009;11(1):194-9.
- Assis CC, Barros ALBL, Ganzarolli MZ. Avaliação das intervenções e dos resultados esperados para o diagnóstico de enfermagem Fadiga, em portadores de Insuficiência Cardíaca. *Acta Paul Enferm.* 2007; 20(3):357-61.
- 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.

Recebido em: 08/11/2012

Revisões requeridas: Não

Aprovado em: 17/06/2013

Publicado em: 01/10/2016

Endereço para correspondência:

Fábíola Vlândia Freire da Silva Sousa
Rua Manuel Capelo Caamano, 412
Monte Castelo. Itapajé/CE.
CEP: 62.600-000