



Contribuições da Enfermagem no Cuidado Integral ao Paciente com Insuficiência Cardíaca

Katarina Oliveira Silva Jetto¹; Viviane Amaral Toledo Coelho²;
Ednardo de Souza Nascimento³; Creonice Santos Bigatello⁴

Resumo: A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome clínica crônica e progressiva associada a elevada morbimortalidade, hospitalizações frequentes e custos significativos para os sistemas de saúde. A descompensação da IC caracteriza-se pela piora aguda ou subaguda de sinais e sintomas, como dispneia, edema e fadiga, frequentemente relacionada a fatores precipitantes potencialmente preveníveis, incluindo baixa adesão terapêutica, infecções e descompensação de comorbidades. Nesse cenário, a enfermagem possui papel central no cuidado ao paciente com IC descompensada, atuando na avaliação clínica sistemática, implementação do Processo de Enfermagem, monitorização rigorosa, prevenção de eventos adversos e educação em saúde voltada ao autocuidado e à transição segura para o domicílio. Evidências nacionais apontam mortalidade intra-hospitalar relevante e desempenho subótimo de indicadores de qualidade no cuidado e na alta de pacientes com IC aguda/descompensada, reforçando a necessidade de práticas assistenciais padronizadas e planejamento de alta estruturado. Intervenções lideradas por enfermeiros, especialmente programas de educação em saúde e estratégias de transição do cuidado, demonstram benefícios na redução de readmissões e mortalidade, indicando a importância da prática baseada em evidências, do uso de protocolos e do acompanhamento após a alta. Assim, este trabalho analisa, a partir da literatura científica, as principais práticas de assistência de enfermagem direcionadas a pacientes com insuficiência cardíaca descompensada, com ênfase em diagnósticos, intervenções durante a internação e ações educativas para prevenção de complicações e reinternações.

Palavras-chave: Insuficiência cardíaca. Insuficiência cardíaca descompensada. Assistência de enfermagem. Processo de enfermagem. Educação em saúde. Reinternação.

¹ Graduanda em Enfermagem pela Universidade Presidente Antônio Carlos, ALFAUNIPAC, Almenara - Minas Gerais. E-mail: kathojetto@gmail.com;

² Bióloga pelo Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora; Especialista em Solos e Meio Ambiente pela Universidade Federal de Lavras; Mestre e Doutora em Ciência do Solo pela Universidade Federal de Lavras. Docência em Ensino Superior pela Universidade Presidente Antônio Carlos, ALFAUNIPAC, Almenara - Minas Gerais. E-mail: vivianeatc@yahoo.com.br;

³ Pedagogo e Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES; Docência em Ensino Superior pela Universidade Presidente Antônio Carlos, ALFAUNIPAC, Almenara - Minas Gerais. E-mail: ednardonardim@hotmail.com;

⁴ Graduada em Enfermagem pela Alfa Faculdade de Almenara; Especialização em Urgência e Emergência pela Alfa Faculdade de Almenara; Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial pela Estácio de Sá; Mestranda pela Fundação Universitária Ibero-americana; Docência em Ensino Superior pela Universidade Presidente Antônio Carlos, ALFA- UNIPAC, Almenara - Minas Gerais. E-mail: keusantosrubim@yahoo.com.br.

Nursing Contributions to Comprehensive Care for Patients with Heart Failure

Abstract: Heart failure (HF) is a chronic and progressive clinical syndrome associated with high morbidity and mortality, frequent hospitalizations, and significant costs to healthcare systems. HF decompensation is characterized by acute or subacute worsening of signs and symptoms, such as dyspnea, edema, and fatigue, often related to potentially preventable precipitating factors, including poor therapeutic adherence, infections, and decompensation of comorbidities. In this scenario, nursing plays a central role in the care of patients with decompensated HF, acting in systematic clinical assessment, implementation of the Nursing Process, rigorous monitoring, prevention of adverse events, and health education focused on self-care and safe transition to home. National evidence points to significant in-hospital mortality and suboptimal performance of quality indicators in the care and discharge of patients with acute/decompensated HF, reinforcing the need for standardized care practices and structured discharge planning. Nurse-led interventions, especially health education programs and care transition strategies, demonstrate benefits in reducing readmissions and mortality, indicating the importance of evidence-based practice, the use of protocols, and follow-up after discharge. Thus, this work analyzes, based on the scientific literature, the main nursing care practices directed at patients with decompensated heart failure, with emphasis on diagnoses, interventions during hospitalization, and educational actions for the prevention of complications and readmissions.

Keywords: Heart failure. Decompensated heart failure. Nursing care. Nursing process. Health education.

Introdução

A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome clínica de natureza crônica e progressiva, resultante de alterações estruturais ou funcionais que comprometem a capacidade do coração em bombear sangue de forma adequada às necessidades metabólicas do organismo. É considerada uma grave questão de saúde pública, pois apresenta elevada prevalência, morbimortalidade significativa e altos custos para os sistemas de saúde. No Brasil, as doenças cardiovasculares, incluindo a IC, figuram entre as principais causas de internação hospitalar e de óbito, especialmente na população idosa (Moraes et al., 2016).

A descompensação da insuficiência cardíaca caracteriza-se pelo agravamento dos sinais e sintomas clínicos — como dispneia, edema, fadiga e intolerância ao esforço —, geralmente desencadeada por fatores como baixa adesão ao tratamento medicamentoso e dietético, infecções, comorbidades ou evolução natural da doença. Esse quadro demanda internações frequentes em unidades de urgência e emergência, o que aumenta a sobrecarga dos serviços de saúde e impacta diretamente a qualidade de vida dos pacientes (Silva et al., 2015; Rohde et al., 2018).

Nesse contexto, a enfermagem exerce papel fundamental no manejo da insuficiência cardíaca descompensada. O enfermeiro atua na avaliação clínica contínua, na implementação do Processo de Enfermagem, na execução de intervenções que visam estabilizar o quadro clínico, além da promoção da educação em saúde para estimular a adesão ao tratamento e prevenir novas descompensações. A prática baseada em evidências e o uso de protocolos assistenciais contribuem para maior efetividade no cuidado e para a redução de reinternações (Diniz; Gonçalves, 2020).

Assim, este estudo justifica-se pela necessidade de reunir e analisar as evidências disponíveis sobre a assistência de enfermagem a pacientes com insuficiência cardíaca descompensada, contribuindo para aprimorar a prática profissional e favorecer melhores desfechos clínicos e sociais (Diniz; Gonçalves, 2020; Riegel; Dickson; Faulkner, 2016).

Diante disso, torna-se relevante compreender como a literatura científica tem abordado a assistência de enfermagem voltada a pacientes com insuficiência cardíaca descompensada, a fim de identificar estratégias eficazes que possam qualificar a prática profissional e contribuir para melhores resultados clínicos. O objetivo deste trabalho foi analisar, a partir da literatura científica, as principais práticas de assistência de enfermagem direcionadas a pacientes com insuficiência cardíaca descompensada.

Metodologia

Tipo de Estudo

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de caráter descritivo e abordagem qualitativa, voltada a reunir e sintetizar evidências científicas sobre a assistência de enfermagem ao paciente com insuficiência cardíaca descompensada. A revisão integrativa permite a inclusão de estudos com diferentes delineamentos metodológicos, contribuindo para uma compreensão abrangente do tema e para o fortalecimento da prática baseada em evidências (Mendes; Silveira; Galvão, 2008).

Questão Norteadora

A questão norteadora foi construída com base no modelo PICO (População, Interesse, Contexto):

- **População:** pacientes com insuficiência cardíaca descompensada;
- **Interesse:** assistência/intervenções de enfermagem (monitorização clínica, Processo de Enfermagem/SAE, intervenções de segurança e educação em saúde);
- **Contexto:** internação hospitalar e transição do cuidado.

Dessa forma, definiu-se a seguinte questão norteadora: Quais práticas de enfermagem são descritas na literatura como mais frequentes e/ou efetivas no cuidado ao paciente com insuficiência cardíaca descompensada durante a internação e no processo de alta, contribuindo para redução de complicações e reinternações?

Estratégia de Busca

A busca bibliográfica foi planejada para contemplar bases nacionais e internacionais relevantes para a enfermagem e as ciências da saúde: BVS (LILACS/BDENF), SciELO e PubMed/MEDLINE, com possibilidade de ampliação para CINAHL quando disponível. Para construção das estratégias de busca foram utilizados descritores controlados (DeCS/MeSH) e palavras-chave, combinados por operadores booleanos AND/OR.

Exemplo de estratégia em inglês (adaptável às bases): (“heart failure” OR “acute decompensated heart failure” OR “acute heart failure”) AND (“nursing care” OR “nursing process” OR “nursing diagnosis” OR “patient education”) AND (“readmission” OR “hospitalization” OR “mortality”).

Exemplo de estratégia em português (adaptável às bases): (“insuficiência cardíaca” OU “insuficiência cardíaca descompensada” OU “insuficiência cardíaca aguda”) E (“assistência de enfermagem” OU “processo de enfermagem” OU “diagnóstico de enfermagem” OU “educação em saúde”) E (“reinternação” OU “internação” OU “mortalidade”).

CrITÉRIOS de Inclusão e Exclusão

Foram incluídos estudos com texto completo disponível, publicados em português, inglês ou espanhol, que abordassem insuficiência cardíaca descompensada/IC aguda com interface direta com a assistência de enfermagem (diagnósticos, intervenções, educação em saúde, transição do cuidado, segurança do paciente). Incluíram-se artigos originais, revisões sistemáticas e meta-análises, bem como estudos observacionais relevantes.

Foram excluídos editoriais, cartas ao editor, opiniões sem método científico, resumos sem texto completo, duplicatas e estudos sem recorte de descompensação/hospitalização ou sem vínculo com práticas de enfermagem.

Seleção dos Estudos e Síntese dos Dados

A seleção dos estudos foi realizada em etapas, iniciando-se pela leitura dos títulos e resumos identificados nas bases de dados selecionadas. Posteriormente, os artigos considerados potencialmente relevantes foram submetidos à leitura na íntegra, com o objetivo de verificar sua adequação aos critérios de inclusão estabelecidos para a pesquisa.

A síntese das evidências foi organizada por categorias temáticas, de acordo com os objetivos do estudo:

- (1) diagnósticos de enfermagem mais frequentes;
- (2) intervenções de enfermagem durante a internação;
- (3) estratégias de educação em saúde e autocuidado;
- (4) transição do cuidado e prevenção de reinternações;
- (5) implicações para a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), segurança do paciente e qualidade assistencial.

Para a extração e organização dos dados recomenda-se a utilização de uma tabela contendo informações como autor/ano, país de realização do estudo, delineamento metodológico, amostra ou cenário da pesquisa, principais achados, diagnósticos de enfermagem identificados, intervenções descritas e desfechos analisados, como readmissão hospitalar, mortalidade, qualidade de vida e autocuidado. Esse processo possibilita a organização sistemática das evidências e favorece a análise crítica dos resultados encontrados (Mendes; Silveira; Galvão, 2008).

Aspectos Éticos e Normativos

Por se tratar de revisão de literatura com dados secundários de domínio público, não há necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa. Entretanto, adotou-se rigor na integridade científica, com citação adequada das fontes e fidelidade na síntese dos resultados.

No âmbito profissional, considerou-se a normatização vigente referente ao Processo de Enfermagem. A Resolução COFEN nº 736/2024 estabelece que o Processo de Enfermagem

deve ser realizado de modo deliberado e sistemático em todo contexto em que ocorre o cuidado de enfermagem, fundamentado em suporte teórico e com documentação apropriada no prontuário.

Conceito, Classificação e Progressão da Insuficiência Cardíaca

A insuficiência cardíaca é uma síndrome clínica complexa decorrente de alterações estruturais e/ou funcionais do coração que resultam em redução do débito cardíaco e/ou elevação das pressões intracardíacas, manifestando-se por sinais e sintomas como dispnéia, fadiga e edema (Rohde et al., 2018).

Do ponto de vista funcional e prognóstico, a IC costuma ser classificada pela fração de ejeção do ventrículo esquerdo, distinguindo-se, de forma geral, IC com fração de ejeção reduzida (ICFEr), levemente reduzida e preservada, o que orienta condutas terapêuticas e acompanhamento. (Ponikowski et al., 2016; Rohde et al., 2018).

Além disso, o entendimento da progressão da doença também se apoia na abordagem por estágios (A–D), que organiza o manejo desde a prevenção até a insuficiência cardíaca avançada. Nessa classificação, o Estágio A inclui indivíduos em risco para IC (com fatores como hipertensão, diabetes, obesidade ou doença coronariana), mas sem alteração estrutural/funcional e sem sintomas; o Estágio B corresponde à pré-IC, em que há doença estrutural e/ou evidências de alteração cardíaca, porém ainda sem sintomas; o Estágio C refere-se à IC sintomática, com sinais e sintomas atuais ou prévios associados à doença cardíaca; e o Estágio D caracteriza a IC avançada, com sintomas persistentes e/ou descompensações frequentes apesar do tratamento otimizado, podendo demandar terapias especializadas e acompanhamento intensivo. Essa organização reforça a necessidade de intervenções precoces, acompanhamento contínuo e planejamento de cuidado conforme a evolução clínica (Ponikowski et al., 2016).

Magnitude do Problema e Repercussões Clínicas

A compreensão da insuficiência cardíaca (IC) no contexto brasileiro tem como marco relevante o registro multicêntrico BREATHE, que representa um dos primeiros esforços sistematizados para caracterizar o perfil clínico e assistencial de pacientes hospitalizados por IC descompensada. Nesse sentido, Albuquerque et al. (2015) evidenciaram elevada carga de

morbimortalidade, com taxas expressivas de mortalidade intra-hospitalar, além de alta frequência de hospitalizações e reinternações. Adicionalmente, os autores identificaram lacunas importantes nos indicadores de qualidade assistencial, especialmente no que se refere ao planejamento de alta e à utilização de terapias baseadas em evidências, sugerindo fragilidades na organização do cuidado e na incorporação de diretrizes clínicas na prática.

A partir desses achados iniciais, estudos subsequentes passaram a aprofundar a análise dos fatores determinantes dos desfechos clínicos. Nessa perspectiva, Rohde et al. (2018) demonstram que o modo de apresentação clínica no momento da admissão hospitalar exerce influência direta sobre o prognóstico, destacando que a presença de congestão e/ou hipoperfusão está associada a piores desfechos. Tal evidência reforça a necessidade de reconhecimento precoce da gravidade clínica, não apenas como etapa diagnóstica, mas como elemento orientador das prioridades assistenciais.

Entretanto, ao analisar conjuntamente essas evidências, observa-se que a problemática da IC não se restringe à gravidade intrínseca da condição clínica. A persistência de desfechos desfavoráveis, mesmo diante do conhecimento consolidado sobre estratificação de risco e manejo terapêutico, evidencia uma lacuna entre evidência científica e prática assistencial. Essa dissociação sugere que fatores organizacionais, estruturais e relacionados à gestão do cuidado desempenham papel determinante na qualidade da assistência prestada.

Dessa forma, a literatura aponta que a melhoria dos desfechos em IC depende não apenas da identificação precoce da gravidade clínica, mas também da implementação efetiva de estratégias sistematizadas de cuidado, incluindo educação em saúde, adesão às diretrizes e fortalecimento da transição do cuidado. Assim, a IC deve ser compreendida como uma condição que exige não apenas abordagem clínica qualificada, mas também reorganização dos processos assistenciais, com vistas à integralidade e continuidade do cuidado.

Bases Fisiopatológicas e Fatores Associados à Descompensação

A fisiopatologia da IC envolve remodelamento cardíaco e ativação neuro-hormonal (como sistema nervoso simpático e sistema renina–angiotensina–aldosterona), mecanismos que inicialmente compensam a queda de desempenho cardíaco, mas que a longo prazo favorecem retenção hídrica, vasoconstrição, piora da congestão e progressão da doença. (Braunwald, 2019).

A descompensação ocorre quando há piora aguda/subaguda de congestão e/ou perfusão, geralmente precipitada por baixa adesão medicamentosa e dietética, ingestão excessiva de sódio/fluídos, infecções, arritmias, isquemia, descontrole pressórico, disfunção renal e outras comorbidades. Esses gatilhos são relevantes porque muitos são potencialmente preveníveis por intervenções educativas, monitoramento clínico e planejamento de alta. (Ponikowski et al., 2016).

Manifestação Clínica e Estratificação do Perfil na Admissão

Na prática hospitalar, a IC descompensada se expressa predominantemente por sinais de congestão (dispneia, ortopneia, estertores, edema, turgência jugular) e, em casos mais graves, por sinais de hipoperfusão (extremidades frias, alteração do sensório, hipotensão, oligúria). Uma abordagem amplamente utilizada é a classificação clínico-hemodinâmica por perfusão (quente/frio) e congestão (seco/úmido), que ajuda a direcionar condutas e a estimar risco. (Rohde et al., 2018).

Evidências brasileiras recentes apontam que perfis “frios” se associam a maior mortalidade e perfis “úmidos” a maior chance de reinternação em seguimento, reforçando a relevância da avaliação clínica sistemática logo na admissão e ao longo da internação. (Ponikowski et al., 2016).

Manejo Clínico da Ic Descompensada e Implicações para a Enfermagem

O manejo da insuficiência cardíaca descompensada envolve estratégias terapêuticas voltadas à redução da congestão, restauração da perfusão tecidual adequada, identificação e tratamento de fatores precipitantes e otimização das terapias baseadas em evidências, com o objetivo de reduzir mortalidade e reinternações hospitalares (Rohde et al., 2018; Ponikowski et al., 2016).

Diretrizes clínicas recomendam a integração entre avaliação clínica detalhada, exames laboratoriais — como avaliação da função renal, eletrólitos séricos e biomarcadores cardíacos — e reavaliações frequentes do estado volêmico e hemodinâmico do paciente, permitindo ajuste oportuno das terapias e acompanhamento da resposta ao tratamento (Rohde et al., 2018).

Nesse contexto, a atuação da equipe de enfermagem torna-se essencial, especialmente no monitoramento contínuo do paciente, na identificação precoce de sinais de deterioração clínica, no acompanhamento da resposta ao tratamento medicamentoso e na execução de intervenções que favoreçam estabilidade hemodinâmica e conforto respiratório (Diniz; Gonçalves, 2020).

Além disso, a enfermagem desempenha papel relevante na coordenação do cuidado multiprofissional, na educação do paciente e de seus familiares sobre adesão terapêutica e autocuidado, bem como na organização do plano de alta hospitalar, contribuindo para a continuidade do cuidado e prevenção de novas descompensações (Riegel; Dickson; Faulkner, 2016).

Processo de Enfermagem e Sistematização da Assistência

A assistência ao paciente com IC descompensada exige cuidado estruturado, registro qualificado e tomada de decisão baseada em evidências. A Resolução COFEN nº 736/2024 determina que o Processo de Enfermagem seja realizado de modo deliberado e sistemático em todo contexto onde ocorre o cuidado, com base instrumentos em suporte teórico (teorias/modelos, sistemas de linguagem padronizada, validados, protocolos baseados em evidências). Também reafirma que o diagnóstico e a prescrição de enfermagem são privativos do enfermeiro, e que a documentação deve ocorrer no prontuário físico ou eletrônico. (COFEN, 2024).

Aplicado à IC descompensada, o Processo de Enfermagem favorece: identificação precoce de deterioração clínica, padronização de intervenções, continuidade do cuidado entre turnos e serviços, além de fortalecer ações educativas e planejamento de alta. (Moraes et al., 2016).

Diagnósticos de Enfermagem Frequentes em Pacientes com Ic Descompensada

Entre os diagnósticos comumente associados à IC descompensada, destacam-se aqueles relacionados à perfusão, congestão e tolerância ao esforço. Em estudo de mapeamento cruzado com pacientes com IC descompensada, diagnósticos frequentes incluíram risco de infecção, débito cardíaco diminuído e volume de líquidos excessivo, evidenciando prioridades

assistenciais ligadas à instabilidade clínica, invasividade do cuidado e sobrecarga volêmica. (Silva et al., 2015; Moraes et al., 2016).

Além disso, revisões e estudos na área reforçam a centralidade do diagnóstico débito cardíaco diminuído, com características definidoras associadas a hipoperfusão e repercussões sistêmicas, sendo particularmente relevante em cenários de descompensação (Moraes et al., 2016).

Outros diagnósticos frequentemente descritos na literatura (conforme quadro clínico individual) incluem: intolerância à atividade, troca gasosa prejudicada/padrão respiratório ineficaz, mobilidade física prejudicada, risco de quedas, integridade da pele prejudicada/risco, ansiedade e conhecimento deficiente — especialmente quando há histórico de baixa adesão e múltiplas reinternações (Diniz; Gonçalves, 2020).

Intervenções de Enfermagem Durante a Internação: Monitoramento, Segurança e Suporte Clínico

A enfermagem atua diretamente na vigilância clínica e na execução de cuidados essenciais para estabilização e prevenção de complicações. No mapeamento cruzado em IC descompensada, intervenções recorrentes incluíram monitorização de sinais vitais, monitorização hídrica e posicionamento, coerentes com as necessidades de avaliação contínua, controle de congestão e suporte ventilatório/postural (Diniz; Gonçalves, 2020; Silva et al., 2015).

Na prática baseada em diretrizes, as intervenções de enfermagem articulam-se com metas terapêuticas voltadas à estabilização clínica do paciente. Nesse contexto, incluem-se ações como o acompanhamento da resposta aos diuréticos e ao plano de restrição hídrica e de sódio, por meio do balanço hídrico, controle do peso diário e avaliação de edema, além da monitorização respiratória e da oxigenação, permitindo identificar precocemente sinais de agravamento da congestão pulmonar (Rohde et al., 2018).

Outro aspecto relevante da assistência envolve a vigilância da função renal, dos eletrólitos séricos e de possíveis efeitos adversos relacionados à terapêutica medicamentosa, em colaboração com a equipe multiprofissional. Essas medidas contribuem para a segurança do paciente e para a adequação das condutas terapêuticas durante a internação (Ponikowski et al., 2016).

Além disso, a enfermagem desempenha papel fundamental na prevenção de eventos adversos, como quedas, lesões por pressão e infecções relacionadas a dispositivos invasivos. A

adoção de práticas seguras, técnicas assépticas e registros clínicos adequados contribui para a qualidade da assistência e para a continuidade do cuidado entre os profissionais envolvidos no tratamento (Moraes et al., 2016).

Educação em Saúde, Autocuidado e Prevenção de Reinternações

A educação em saúde é considerada componente fundamental no cuidado ao paciente com insuficiência cardíaca descompensada, pois contribui para a redução de descompensações evitáveis e para a melhoria da adesão ao tratamento. Intervenções educativas realizadas por enfermeiros demonstram impacto significativo na redução de readmissões hospitalares e na melhoria da qualidade de vida dos pacientes com insuficiência cardíaca (Riegel; Dickson; Faulkner, 2016; Diniz; Gonçalves, 2020).

Modelos teóricos de autocuidado em insuficiência cardíaca descrevem esse processo como um conjunto de comportamentos voltados à manutenção da saúde, ao reconhecimento precoce de sintomas e à tomada de decisões adequadas diante de sinais de agravamento da doença. Esses modelos enfatizam a importância da confiança do paciente em sua capacidade de manejar a condição, fator que influencia diretamente a efetividade das estratégias de autocuidado (Riegel; Dickson; Faulkner, 2016).

Entre as orientações frequentemente abordadas nas intervenções educativas destacam-se o uso correto das medicações prescritas, a adoção de dieta com restrição de sódio, o controle da ingestão hídrica quando indicado, a monitorização diária do peso corporal e o reconhecimento de sinais de alerta, como piora da dispneia, aumento do edema ou ganho rápido de peso (Rohde et al., 2018).

Além disso, a participação da família e de cuidadores no processo educativo é considerada estratégica, especialmente em pacientes idosos ou com limitações funcionais. O envolvimento da rede de apoio favorece a continuidade do cuidado após a alta hospitalar, contribuindo para maior adesão ao tratamento e redução do risco de reinternações (Silva et al., 2015).

Resultados e Discussão

Tabela 1 – Artigos que fizeram parte desta Revisão Integrativa.

1	ALBUQUERQUE, D. C. et al. I Brazilian Registry of Heart Failure – Clinical Aspects, Care Quality and Hospital Outcomes. <i>Arquivos Brasileiros de Cardiologia</i> , 2015. Disponível em: < https://www.scielo.br/j/abc/a/ckBGMzMpD5G739wNv8BQJkH/?format=html&lang=en > : Acesso em: 19/09/2025.
2	DINIZ, F. M. M.; GONÇALVES, K. C. Assistência de enfermagem a pacientes portadores de insuficiência cardíaca descompensada: uma revisão integrativa. <i>Nursing (São Paulo)</i> , v. 24, n. 274, p. 5443–5452, 2021. DOI: 10.36489/nursing.2021v24i274p5443-5452. Disponível em: https://doi.org/10.36489/nursing.2021v24i274p5443-5452 . Acesso em: 19 set. 2025.
3	PONIKOWSKI, Piotr et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. <i>European Heart Journal</i> , Oxford, v. 37, n. 27, p. 2129–2200, 2016.
4	RIEGEL, B. et al. An update on the self-care of heart failure index. <i>Journal of Cardiovascular Nursing</i> , v. 24, n. 6, p. 485–497, 2009. DOI: 10.1097/JCN.0b013e3181b4baa0.
5	RIEGEL, B.; DICKSON, V. V. A situation-specific theory of heart failure self-care. <i>Journal of Cardiovascular Nursing</i> , v. 23, n. 3, p. 190–196, 2008. DOI: 10.1097/01.JCN.0000305091.35259.85.
6	RIEGEL, Barbara; DICKSON, Victoria Vaughan; FAULKNER, Kenneth M. The situation-specific theory of heart failure self-care: updated version. <i>Journal of Cardiovascular Nursing</i> , v. 31, n. 3, p. 226–235, 2016.
7	ROHDE, Luis Eduardo Paim et al. Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. <i>Arquivos Brasileiros de Cardiologia</i> , Rio de Janeiro, v. 111, n. 3, p. 436–539, 2018.
8	SILVA, Renata et al. Diagnósticos de enfermagem em pacientes com insuficiência cardíaca descompensada. <i>Cogitare Enfermagem</i> , Curitiba, v. 21, n. 2, p. 1–8, 2016.

Fonte: dados do estudo, 2026.

Caracterização Geral das Evidências

A insuficiência cardíaca descompensada (ICD) constitui uma síndrome clínica de elevada complexidade, caracterizada por instabilidade hemodinâmica e elevada carga de morbimortalidade, especialmente em populações envelhecidas e com múltiplas comorbidades. Nesse sentido, Albuquerque et al. (2015) evidenciam que a mortalidade intra-hospitalar permanece expressiva, mesmo diante dos avanços terapêuticos, o que sugere que a gravidade clínica, embora relevante, não é o único fator determinante dos desfechos, apontando também para limitações no processo assistencial.

Corroborando essa análise, Rohde et al. (2018) destacam que os indicadores de qualidade relacionados ao cuidado intra-hospitalar e ao planejamento de alta apresentam

desempenho aquém do esperado. Tal constatação explicita uma dissociação entre a produção de conhecimento científico e sua incorporação na prática clínica, indicando fragilidades na adesão às diretrizes e na operacionalização de protocolos assistenciais. Nesse contexto, evidencia-se que a problemática não se restringe ao domínio técnico, mas envolve aspectos organizacionais, estruturais e de gestão do cuidado.

No que tange às intervenções em saúde, Riegel, Dickson e Faulkner (2016) demonstram, por meio de revisões sistemáticas e meta-análises, que intervenções lideradas por enfermeiros — especialmente aquelas centradas no autocuidado — estão associadas à redução significativa de readmissões hospitalares e mortalidade. Todavia, uma análise crítica desses achados revela que tais benefícios dependem de condições específicas de implementação, incluindo capacitação profissional, continuidade do acompanhamento e suporte institucional, o que limita a generalização dos resultados para diferentes contextos assistenciais.

De forma convergente, Diniz e Gonçalves (2020) ressaltam que a transição do cuidado e o acompanhamento longitudinal são componentes fundamentais na melhoria dos desfechos clínicos. Entretanto, diferentemente de uma abordagem linear, os autores apontam que a efetividade dessas estratégias está condicionada à integração entre níveis de atenção e à articulação entre os diversos atores do sistema de saúde, evidenciando a necessidade de uma abordagem sistêmica e intersetorial.

Dessa forma, embora a literatura aponte de maneira consistente para a centralidade da enfermagem na condução do cuidado ao paciente com ICD, torna-se imprescindível problematizar os limites estruturais e organizacionais que permeiam essa atuação. A persistência de lacunas entre evidência e prática, aliada à fragmentação do cuidado e à insuficiente integração da rede de atenção à saúde, indica que a melhoria dos desfechos clínicos não depende exclusivamente da qualificação das intervenções, mas também da reestruturação dos modelos assistenciais. Assim, a consolidação de um cuidado efetivamente integral e baseado em evidências requer não apenas o fortalecimento do papel da enfermagem, mas também transformações mais amplas no âmbito da gestão, da organização dos serviços e das políticas de saúde.

Diagnósticos de Enfermagem mais Frequentes em Pacientes com Ic Descompensada

Os diagnósticos de enfermagem descritos na literatura acerca da insuficiência cardíaca descompensada tendem a concentrar-se em eixos fisiopatológicos diretamente relacionados à

perfusão tecidual, sobrecarga volêmica, comprometimento respiratório e limitação funcional. Nesse sentido, Silva et al. (2015) identificam como diagnósticos recorrentes: débito cardíaco diminuído, volume de líquidos excessivo, troca gasosa prejudicada e/ou padrão respiratório ineficaz, intolerância à atividade, além de condições associadas à segurança do paciente, como risco de infecção, risco de quedas e integridade da pele prejudicada.

Sob essa perspectiva, observa-se que tais diagnósticos não se configuram como eventos isolados, mas como expressões clínicas interdependentes de um processo fisiopatológico complexo. A predominância de diagnósticos relacionados à congestão e à disfunção respiratória evidencia que a deterioração clínica, nestes pacientes, ocorre de maneira multifatorial e progressiva, exigindo do enfermeiro uma avaliação clínica ampliada e contínua.

Corroborando essa análise, Rohde et al. (2018) destacam que a identificação precoce de sinais de congestão — como dispneia, ortopneia, estertores pulmonares, edema periférico e ganho ponderal —, bem como de hipoperfusão — incluindo hipotensão, extremidades frias, alteração do nível de consciência e oligúria —, constitui elemento central na tomada de decisão clínica. No entanto, diferentemente de uma abordagem meramente protocolar, tais autores sugerem que a efetividade dessa avaliação depende da capacidade do enfermeiro em integrar dados clínicos, raciocínio crítico e articulação com a equipe multiprofissional.

Dessa forma, evidencia-se que os diagnósticos de enfermagem, no contexto da insuficiência cardíaca descompensada, extrapolam a função classificatória, assumindo papel estruturante na organização do cuidado, na priorização de intervenções e na prevenção de complicações.

Intervenções de Enfermagem Durante a Internação

No contexto da internação por insuficiência cardíaca descompensada, a atuação da enfermagem configura-se como eixo central da vigilância clínica, da segurança do paciente e da continuidade do cuidado. Conforme apontam Diniz e Gonçalves (2020) e Rohde et al. (2018), intervenções como monitorização sistemática de sinais vitais, saturação periférica de oxigênio, padrão respiratório, ausculta pulmonar, avaliação de edema, perfusão periférica e nível de consciência são essenciais para a detecção precoce de deterioração clínica.

Entretanto, embora amplamente descritas, tais intervenções não devem ser compreendidas como práticas meramente operacionais. Ao contrário, sua efetividade está diretamente relacionada à capacidade de interpretação clínica e à tomada de decisão oportuna,

aspectos que dependem da qualificação profissional e da organização do processo de trabalho.

No que se refere ao controle do estado volêmico, Ponikowski et al. (2016) e Rohde et al. (2018) enfatizam a relevância do balanço hídrico rigoroso, monitorização da diurese, peso diário e controle de ingesta hídrica e sódica. Todavia, a literatura aponta que a adesão a essas medidas ainda ocorre de forma heterogênea na prática clínica, o que pode comprometer o manejo adequado da congestão e aumentar o risco de complicações.

De forma complementar, intervenções voltadas ao suporte respiratório — como posicionamento em Fowler ou semi-Fowler, conservação de energia e oxigenoterapia — contribuem para a redução do desconforto respiratório. No entanto, sua eficácia depende da associação com medidas farmacológicas e da avaliação contínua da resposta clínica.

No âmbito da segurança do paciente, Moraes et al. (2016) destacam a importância de estratégias preventivas para quedas, lesões por pressão e infecções associadas à assistência. Ainda assim, a persistência desses eventos adversos em ambientes hospitalares indica limitações na implementação sistemática dessas práticas.

Adicionalmente, a aplicação do Processo de Enfermagem, conforme preconizado pelo COFEN (2024), constitui elemento fundamental para a organização do cuidado. Contudo, sua implementação efetiva ainda enfrenta desafios relacionados à sobrecarga de trabalho, à fragmentação da assistência e à insuficiente valorização dos registros clínicos.

Assim, as intervenções de enfermagem, embora amplamente reconhecidas como essenciais, apresentam sua efetividade condicionada a fatores estruturais, organizacionais e profissionais, o que reforça a necessidade de qualificação contínua e reorganização dos serviços de saúde.

Educação em Saúde, Autocuidado e Adesão Terapêutica

A educação em saúde emerge na literatura como uma das intervenções com maior nível de evidência na redução de readmissões hospitalares e melhoria de desfechos clínicos em pacientes com insuficiência cardíaca. Nesse sentido, Riegel, Dickson e Faulkner (2016) demonstram, por meio de meta-análises, que programas educativos conduzidos por enfermeiros apresentam impacto significativo na redução de readmissões e, em alguns contextos, na mortalidade.

Entretanto, uma análise crítica desses achados revela que a efetividade dessas intervenções está diretamente relacionada à sua estruturação, continuidade e adaptação ao

contexto do paciente. Programas pontuais ou desarticulados tendem a apresentar impacto limitado, evidenciando que a educação em saúde deve ser compreendida como processo contínuo e não como ação isolada.

Conforme discutido por Diniz e Gonçalves (2020), a educação para o autocuidado deve abranger aspectos como compreensão do diagnóstico, adesão medicamentosa, controle dietético, monitorização de peso e reconhecimento de sinais de descompensação. Contudo, tais orientações frequentemente esbarram em barreiras relacionadas ao nível de letramento em saúde, condições socioeconômicas e suporte familiar.

Nesse contexto, estratégias como o *teach-back*, descritas por Riegel, Dickson e Faulkner (2016), configuram-se como ferramentas eficazes para avaliação da compreensão do paciente e fortalecimento da autonomia. Ainda assim, sua implementação sistemática depende de tempo, capacitação profissional e organização do processo assistencial, fatores nem sempre presentes na prática cotidiana.

Dessa forma, embora a educação em saúde seja amplamente reconhecida como intervenção essencial, sua efetividade está condicionada à superação de barreiras estruturais e à adoção de abordagens centradas no paciente.

Transição do Cuidado e Prevenção de Reinternações

A transição do cuidado tem sido amplamente reconhecida como etapa crítica no manejo da insuficiência cardíaca, especialmente no que se refere à prevenção de reinternações. Evidências provenientes de revisões sistemáticas e meta-análises, como as de Riegel, Dickson e Faulkner (2016), indicam que intervenções lideradas por enfermeiros — incluindo planejamento estruturado de alta, acompanhamento pós-alta e monitorização de sintomas — estão associadas à redução de readmissões e mortalidade.

No mesmo sentido, Diniz e Gonçalves (2020) destacam que a efetividade dessas estratégias está diretamente relacionada à sua continuidade e à integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde. Entretanto, na prática, observa-se que a transição do cuidado ainda ocorre de forma fragmentada, com lacunas na comunicação entre serviços e ausência de acompanhamento sistemático após a alta.

Adicionalmente, programas de gerenciamento da doença (*disease management*), conforme discutido por Rohde et al. (2018), demonstram potencial para melhorar a organização do cuidado e reduzir reinternações. Contudo, sua implementação exige recursos estruturais,

capacitação profissional e articulação entre equipes, o que limita sua aplicabilidade em contextos com menor suporte institucional.

Dessa forma, embora existam evidências robustas sobre a eficácia das intervenções de transição do cuidado, sua implementação permanece desigual, evidenciando a necessidade de fortalecimento das redes de atenção e de estratégias integradas de cuidado.

Implicações para a SAE, Segurança do Paciente e Qualidade Assistencial

Os achados analisados indicam que a implementação efetiva do Processo de Enfermagem constitui elemento estruturante para a qualificação da assistência ao paciente com insuficiência cardíaca descompensada. Conforme preconizado pelo COFEN (2024), a sistematização da assistência contribui para a padronização das práticas, melhoria dos registros clínicos e fortalecimento da segurança do paciente.

Entretanto, diferentemente de uma visão normativa, a literatura evidencia que a operacionalização da SAE ainda enfrenta entraves significativos, incluindo sobrecarga de trabalho, insuficiência de recursos humanos e fragmentação do cuidado. Tais fatores comprometem a continuidade assistencial e limitam a efetividade das intervenções propostas.

Além disso, a adoção de protocolos e checklists, embora relevante para a padronização do cuidado, não garante, por si só, a melhoria da qualidade assistencial. Sua efetividade depende da adesão da equipe, da cultura organizacional e do suporte institucional.

Nesse cenário, o enfermeiro assume papel estratégico na articulação entre vigilância clínica, educação em saúde e coordenação do cuidado, atuando como elemento integrador entre paciente, equipe multiprofissional e rede de serviços. Contudo, para que essa atuação se concretize de forma plena, torna-se necessária a reestruturação dos modelos assistenciais, com foco na integralidade, continuidade do cuidado e incorporação efetiva de práticas baseadas em evidências.

Assim, a melhoria dos desfechos clínicos em pacientes com insuficiência cardíaca descompensada não depende exclusivamente da qualificação técnica das intervenções, mas também da superação de barreiras estruturais e organizacionais que ainda permeiam os serviços de saúde.

Considerações Finais

A insuficiência cardíaca descompensada representa um desafio importante para os serviços de saúde devido à elevada frequência de internações e reinternações, além do risco significativo de complicações e mortalidade. A literatura analisada evidencia que a assistência de enfermagem possui papel determinante na estabilização clínica durante a internação e na prevenção de novas descompensações, por meio de monitorização sistemática, controle rigoroso do estado volêmico, suporte respiratório, prevenção de eventos adversos, registro qualificado e implementação do Processo de Enfermagem.

Destaca-se que intervenções de enfermagem voltadas à educação em saúde, autocuidado e transição do cuidado apresentam forte sustentação científica e se associam à redução de readmissões e, em alguns estudos, à diminuição de mortalidade. Assim, estratégias estruturadas — como checklist de alta, uso de *teach-back*, envolvimento do cuidador e programação de seguimento após a alta — devem ser incorporadas ao plano de cuidado e fortalecidas na prática assistencial.

Como limitações, ressalta-se que os estudos disponíveis podem apresentar heterogeneidade metodológica quanto aos cenários, instrumentos e desfechos avaliados, além de variações na implementação das intervenções educativas e de transição do cuidado. Recomenda-se ampliar pesquisas nacionais com delineamentos robustos e avaliação padronizada de indicadores de qualidade, bem como investir em educação permanente e protocolos assistenciais para consolidar a prática baseada em evidências no cuidado ao paciente com insuficiência cardíaca descompensada.

Referências

ALBUQUERQUE, D. C. et al. I Brazilian Registry of Heart Failure – Clinical Aspects, Care Quality and Hospital Outcomes. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/abc/a/ckBGMzMpD5G739wNv8BQJkH/?format=html&lang=en>> : Acesso em: 19/09/2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. CONITEC. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT): Insuficiência Cardíaca com fração de ejeção reduzida*. 2024. Disponível em: <<https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/pcdt-de-insuficiencia-cardiaca>> Acesso em: 25/09/2025.

BRAUNWALD, Eugene. *Tratado de doenças cardiovasculares*. 11. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). *Resolução COFEN nº 736, de 17 de janeiro de 2024*. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. 2024.

DINIZ, F. M. M.; GONÇALVES, K. C. Assistência de enfermagem a pacientes portadores de insuficiência cardíaca descompensada: uma revisão integrativa. *Nursing (São Paulo)*, v. 24, n. 274, p. 5443–5452, 2021. DOI: 10.36489/nursing.2021v24i274p5443-5452. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/nursing.2021v24i274p5443-5452>. Acesso em: 19 set. 2025.

MARCONDES-BRAGA, F. G. et al. Atualização de Tópicos Emergentes da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca – 2021. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 116, n. 6, p. 1174–1212, 2021. DOI: 10.36660/abc.20210367. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20210367>. Acesso em: 19 set. 2025.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758–764, 2008.

PÁDUA, B. L. R. et al. Cross-mapping of nursing diagnoses and interventions in decompensated heart failure. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/KnFc9ybdRShJfhSxT5svPYK/>. Acesso em: 19 set. 2025.

PONIKOWSKI, Piotr et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Heart Journal*, Oxford, v. 37, n. 27, p. 2129–2200, 2016.

QIU, X. et al. The effect of nurse-led interventions on re-admission and mortality for congestive heart failure: a meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33578507/>. Acesso em: 19 set. 2025.

RIEGEL, B. et al. An update on the self-care of heart failure index. *Journal of Cardiovascular Nursing*, v. 24, n. 6, p. 485–497, 2009. DOI: 10.1097/JCN.0b013e3181b4baa0.

RIEGEL, B.; DICKSON, V. V. A situation-specific theory of heart failure self-care. *Journal of Cardiovascular Nursing*, v. 23, n. 3, p. 190–196, 2008. DOI: 10.1097/01.JCN.0000305091.35259.85.

RIEGEL, Barbara; DICKSON, Victoria Vaughan; FAULKNER, Kenneth M. The situation-specific theory of heart failure self-care: updated version. *Journal of Cardiovascular Nursing*, v. 31, n. 3, p. 226–235, 2016.

RODRIGUES, A. S. et al. Associação entre perfil hemodinâmico à admissão e mortalidade na IC aguda. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 2024.

ROHDE, Luis Eduardo Paim et al. Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Rio de Janeiro, v. 111, n. 3, p. 436–539, 2018.

SILVA, Renata et al. Diagnósticos de enfermagem em pacientes com insuficiência cardíaca descompensada. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 21, n. 2, p. 1–8, 2016.

TAKEDA, A. et al. Disease management interventions for heart failure. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019, Issue 1, Art. No.: CD002752. DOI: 10.1002/14651858.CD002752.pub4.

TIAN, C. et al. Impact of nurse-led education on the prognosis of heart failure patients: A systematic review and meta-analysis. *International Nursing Review*, v. 71, n. 1, p. 180–188, 2024. DOI: 10.1111/inr.12852.



Recebido: 04/05/2026; Aceito: 08/05/2026; Publicado: 31/07/2026