

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA: REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA

NURSING CARE FOR PATIENTS WITH CONGESTIVE HEART FAILURE: A NARRATIVE LITERATURE REVIEW

ATENCIÓN DE ENFERMARÍA A PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA: UNA REVISIÓN NARRATIVA DE LA LITERATURA

Luana Isis Pereira¹
Ana Beatriz Alvarenga Schafer²
Geovana Cavalcante Vieira³
Elisângela de Andrade Aoyama⁴
Elize Júlia Feitosa Sampaio⁵
Ester Monteiro de Sousa Avila⁶
Karen Carvalho de Mattos⁷
Thalyta Maia Rodrigues Silva⁸

RESUMO: A insuficiência cardíaca congestiva (ICC) é uma condição clínica complexa que compromete significativamente a função cardíaca e a qualidade de vida dos pacientes acometidos. Caracterizada pela incapacidade do coração em manter um débito cardíaco adequado às demandas metabólicas do organismo, a ICC apresenta elevada taxa de morbimortalidade, especialmente entre adultos e idosos com comorbidades associadas. Este estudo tem como objetivo discutir a assistência de enfermagem no manejo da ICC, destacando a importância da atuação sistematizada, humanizada e baseada em evidências. Utilizou-se uma metodologia qualitativa com levantamento bibliográfico em bases de dados especializadas, abordando as manifestações clínicas da síndrome, os principais diagnósticos de enfermagem e intervenções voltadas à promoção do autocuidado e prevenção de complicações. Constatou-se que a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) desempenha papel crucial na melhoria do prognóstico e na redução das readmissões hospitalares.

5876

Palavras-chave: Insuficiência cardíaca. Enfermagem. Assistência de enfermagem. SAE.

¹ Graduanda em Enfermagem no Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – UNICEPLAC.

² Graduanda em Enfermagem pelo Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – UNICEPLAC.

³ Graduanda em Enfermagem pelo Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – UNICEPLAC.

⁴ Orientadora Mestra em Engenharia Biomédica. Pós-graduada em Docência do Ensino Superior e Gestão em Educação Ambiental. Graduada em Ciências Biológicas e Pedagogia. Docente no Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – Uniceplac. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

⁵ Graduanda em Enfermagem no Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – UNICEPLAC.

⁶ Graduanda em Enfermagem no Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – UNICEPLAC.

⁷ Graduanda em Enfermagem pelo Centro Universitário Aparecido dos Santos – UNICEPLAC.

⁸ Graduanda em Enfermagem no Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – UNICEPLAC.

ABSTRACT: Congestive heart failure (CHF) is a complex clinical syndrome that markedly impairs cardiac function and patients' quality of life. Characterized by the heart's inability to maintain adequate cardiac output to meet metabolic demands, CHF is associated with high morbidity and mortality, particularly among adults and older adults with comorbidities. This qualitative bibliographic study discusses nursing care in the management of CHF, emphasizing the need for systematic, humanized, and evidence-based practice. Clinical manifestations, principal nursing diagnoses, and interventions aimed at promoting self-care and preventing complications are reviewed. The findings indicate that Nursing Care Systematization (SAE) is pivotal for improving prognosis and reducing hospital readmissions.

Keywords: congestive heart failure. Nursing. nursing care. Nursing Care Systematization.

RESUMEN: La insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) es un síndrome clínico complejo que deteriora de manera significativa la función cardíaca y la calidad de vida de los pacientes. Caracterizada por la incapacidad del corazón para mantener un gasto cardíaco adecuado a las demandas metabólicas, la ICC presenta elevada morbimortalidad, especialmente en adultos y ancianos con comorbilidades. Este estudio cualitativo de revisión bibliográfica aborda la atención de enfermería en el manejo de la ICC, destacando la importancia de una práctica sistematizada, humanizada y basada en la evidencia. Se revisan las manifestaciones clínicas, los principales diagnósticos de enfermería y las intervenciones dirigidas a fomentar el autocuidado y prevenir complicaciones. Se concluye que la Sistematización de la Atención de Enfermería (SAE) es esencial para mejorar el pronóstico y disminuir las reingresos hospitalarios.

Palabras clave: insuficiencia cardíaca. Enfermeira. atención de enfermeira. Sistematización de la Atención de Enfermería.

5877

1 INTRODUÇÃO

As principais causas de morbidade e mortalidade na população brasileira são as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), a qual acarreta em maiores preocupações na saúde pública brasileira pela situação do panorama da população, uma vez que compreendido pelas consequências do desenvolvimento social e econômico do país. Ao situar a população impactada pela DCNT encontra-se adultos e idosos acometidos (Silva et al., 2022). A Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) compreende em uma cardiopatia que resulta em incapacidade e morbidade pelo fluxo sanguíneo inadequado. Tal patologia é responsável por 31% das internações que acometem cerca de 2 milhões de brasileiros (Souza et al., 2022).

Outrossim, a ICC apresenta-se em anormalidades estruturais e funcionais, adquiridas ou hereditárias que levam à alteração de enchimento e ejeção ventricular. Nesse contexto, a mesma pode acometer ambos os lados do coração comprometendo o bombeamento sanguíneo efetivo pelo retorno do fluxo sanguíneo. Tal efeito resulta em alterações em funções vitais, acúmulo de sangue, como uma hipóxia (Campelo et al., 2018).

Há duas formas de apresentação do ICC, sendo a primeira ICC Sistólica, pois o músculo

cardíaco não ejeta sangue para fora da câmara cardíaca, e a ICC Diastólica quando os músculos cardíacos se encontram rígidos impossibilitando a contração efetivo para enchimento das câmaras cardíacas (Campelo et al., 2018).

Assim, faz-se necessário a ação assistencial do enfermeiro para avaliação e identificação de respostas fisiológicas ao paciente por meio de planos de cuidados personalizado e humanizado (Souza et al., 2022). O ICC é uma síndrome complexa a qual poderá evoluir o caso clínico do paciente a situações graves, caso não haja a devida intervenção. Dessa forma, encontra-se como fatores de riscos em modificáveis (diabetes mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), sedentarismo, consumo de álcool e outras drogas, tabagismo, alimentação inadequada, sobrepeso, obesidade, estresse, ansiedade e depressão), as quais poderão ser modificadas por meio de hábitos cotidianos. Por fim, os riscos não modificáveis como idade, sexo, etnia e histórico familiar que compreende em alterações cardíacas e pretensão para que ocorra a patologia (Silva et al., 2022).

Para a devida profilaxia é necessário que haja a assistência humanizada, ou seja, uma correta resolução para a população sobre as enfermidades que estão e poderão surgir e impactar na qualidade de vida (Souza et al., 2022). Em suma, a atuação da equipe multidisciplinar nos pacientes com diagnóstico de ICC é desafiadora e deve ser individualizada por uma visão holística, de forma que priorize a qualidade de vida do paciente. Visto que, pela gravidade que a evolução da patologia pode levar ao paciente, é esperado que haja a assistência em terapia intensiva, onde poderá acarretar em maior risco de piora ao paciente pelo tempo de internação e microbiota hospitalar. Assim, a enfermagem necessita estar preparada e orientada para identificar as respostas humanas e implementar estratégias para a recuperação da saúde e seu prognóstico (Silva et al., 2022).

A justificativa é descrever sobre a assistência de enfermagem no manejo de pacientes portadores de insuficiência cardíaca congestiva para que haja a ampliação da qualidade de saúde no âmbito brasileiro. Assim, pontuando a relevância da insuficiência cardíaca congestiva como condição crônica que demanda manejo contínuo e integrado, no qual a assistência de enfermagem desempenha papel central no monitoramento clínico, na administração de terapias, na detecção precoce de sinais de descompensação e na educação do paciente e familiares. Contudo, discutir e sistematizar práticas de enfermagem é essencial para atualizar competências técnicas e comunicativas, reduzir reinternações, melhorar adesão ao tratamento e autocuidado, otimizar recursos e, conseqüentemente, ampliar a qualidade e a resolutividade dos serviços de saúde no contexto brasileiro.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa, esse tipo de método permite uma ampla descrição sobre o assunto, visto que sua realização não é feita por busca e análise sistemática dos dados. Sua importância está na rápida atualização dos estudos sobre a temática, conforme Ogassavara et al. (2025). Foi elaborada a partir de levantamento bibliográfico realizado entre maio e novembro de 2025, consultados e-books disponíveis na Biblioteca Virtual do Centro Universitário UNICEPLAC e 27 artigos identificados nas bases de dados Lilacs, PubMed e SciELO, utilizando operadores booleanos AND (e) e OR (ou). Para as buscas utilizou-se descritores relacionados à insuficiência cardíaca, enfermagem, assistência de enfermagem e SAE. Após análise temática, 17 materiais publicados entre 2020 e 2025 foram incluídos por sua relevância, atualidade e adequação ao tema.

Foram considerados critérios como disponibilidade de texto completo, credibilidade das fontes e pertinência à prática clínica de enfermagem. O processo analítico contemplou a identificação de conteúdos referentes à fisiopatologia, diagnóstico, condutas terapêuticas e intervenções de enfermagem, além de estratégias de humanização e autocuidado.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

5879

3.1 INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA

O sistema cardiovascular divide-se em duas circulações: a pulmonar e a sistêmica. A circulação pulmonar corresponde ao trajeto do sangue que sai do ventrículo direito pela artéria pulmonar até os pulmões, onde passa de venoso, pobre em oxigênio, a arterial, rico em oxigênio, retornando ao coração pelas veias pulmonares que desembocam no átrio esquerdo. A circulação sistêmica é o circuito que leva o sangue do coração aos tecidos e o traz de volta; nesse segmento o sangue é arterial e parte do ventrículo esquerdo pela artéria aorta e suas ramificações, que vascularizam todo o corpo, retornando ao coração pelas veias cavas até o átrio direito. Outrossim, um coração saudável bombeia sangue para os tecidos graças à contratilidade do tecido muscular estriado cardíaco, exercida pelas quatro cavidades, dois átrios e dois ventrículos, e possibilitada pela presença de células marcapasso, responsáveis pela geração e condução dos estímulos elétricos (Martire et al., 2023).

A insuficiência cardíaca (IC) compreende como uma síndrome clínica onde o coração é incapaz de bombear sangue em quantidades suficientes para o organismo. A qual poderá ser ocasionada por problemáticas estruturais e funcionais prejudicando a capacidade dos

ventrículos, iniciando-se uma lesão cardíaca (Pereira, 2012). Assim, entende-se como a incapacidade de estabilidade no débito cardíaco para manter pressões normais, causando o aumento nas pressões de enchimento (Figueiredo Neto, 2021).

Contudo, a IC é uma patologia prevalente apresentando redução da qualidade de vida, onde em suas formas avançadas, podem apresentar-se em malignidade e morbimortalidade. Entretanto, sua intervenção, uma vez bem realizada, pode interferir em dados de futura malignidade. Dessa forma, faz-se necessário a importância da rapidez e qualidade do serviço emergencial (Oliveira Junior et al., 2021).

Outrossim, assim como apresentado, a IC é causada por disfunção do músculo cardíaco, ocasionando dilatação ou hipertrofia do ventrículo esquerdo, entretanto, para tal acontecimento da patologia, requer a adição gradual de acontecimento que levam o seu agravo, assim, compreende em uma patologia multifatorial de má adaptação levando a um processo evolutivo de progressão que altera a fisiopatologia do paciente (Pereira, 2012).

Esse quadro clínico está presente há muitos anos sob análise, dessa forma, é uma saúde de suma importância e de nível além de nacional. Tal patologia afeta cerca de 37 milhões de pessoas, sendo que 2% são pessoas adultas portadoras de IC (Figueiredo, 2021).

A insuficiência cardíaca (IC) aumenta a partir dos 50 anos e é mais comum em idosos, associada a hipertensão, diabetes e doenças renais e pulmonares, o que eleva risco e mortalidade. Apesar dos avanços, permanece problema de saúde pública por sua alta incidência, impacto na qualidade de vida, hospitalizações, mortalidade, custos e disparidades regionais que exigem monitoramento local; a expansão da Atenção Primária e da Estratégia Saúde da Família (2000–2016) reduz internações e mortes, mas o envelhecimento populacional tende a aumentar a carga, exigindo políticas para preservar capacidade funcional e qualidade de vida. Clinicamente, idosos com IC apresentam fadiga e dispneia que limitam atividades, e sintomas depressivos que reduzem autocuidado e adesão, elevando o risco de internações recorrentes (Arruda et al., 2022).

É essencial que o enfermeiro observe os hábitos dos pacientes para orientá-los claramente durante o tratamento e esclarecer mudanças fisiológicas, expectativas e dúvidas, pois a falta de diálogo aberto pode causar problemas significativos na vida do paciente. Assim, o enfermeiro deve orientar, educar e acompanhar pacientes contribuindo para o aumento da adesão ao tratamento e atuando na promoção e prevenção da saúde. Na IC, isso inclui identificar precocemente sinais de descompensação e orientar sobre manejo e complicações. Outrossim, quando a doença está instalada, o foco é explicar os benefícios do tratamento

medicamentoso e não medicamentoso e incentivar estilos de vida saudáveis (Costa et al., 2018).

Além disso, no exame físico é comum que pacientes com insuficiência cardíaca (IC) apresentem-se completamente normais e sem achados significativos; como já mencionado, a sintomatologia é diversa e muitos sinais de IC mimetizam outras patologias, o que gera dúvidas durante o exame clínico. Entre os achados possíveis estão distensão abdominal por ascite, dor abdominal geralmente no quadrante superior direito por congestão hepática, hepatomegalia, derrame pleural e pericárdico, turgência jugular, taquicardia e taquipneia. Na ausculta pulmonar podem ser identificados sibilos decorrentes da congestão, enquanto na ausculta cardíaca podem ocorrer terceira e quarta bulhas, ambas associadas à disfunção ventricular esquerda, além de sopros, habitualmente por insuficiência tricúspide ou mitral, quadros de cardiomegalia com desvio do ictus cordis e cianose central (Martire et al., 2023).

O diagnóstico clínico da ICC fundamenta-se em uma anamnese detalhada, exame físico e em exames laboratoriais e de imagem; além de confirmar a presença da doença, esse conjunto de informações permite avaliar sua acuidade, gravidade e etiologia. Deve-se suspeitar de ICC quando o paciente apresenta um ou mais sintomas, como dispneia ou fadiga, embora os sinais físicos possam estar ausentes. Na abordagem inicial do paciente com suspeita de ICC, os exames complementares essenciais são o eletrocardiograma, a dosagem dos peptídeos natriuréticos e o ecocardiograma (Martire et al., 2023).

5881

O ecocardiograma transtorácico é o exame de imagem de escolha para o diagnóstico e o seguimento de pacientes com suspeita de IC, pois permite avaliar a função ventricular sistólica esquerda e direita, a função diastólica, as espessuras parietais, o tamanho das cavidades, a função valvar, a estimativa hemodinâmica não invasiva e as doenças do pericárdio; a ventriculografia radioisotópica pode ser útil quando a janela ecocardiográfica é inadequada, embora tenha perdido espaço na prática clínica contemporânea, e outros métodos de imagem, como ressonância magnética e tomografia computadorizada, são indicados quando os exames não invasivos são inconclusivos ou para o diagnóstico de miocardiopatias específicas (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2021).

Dentre os biomarcadores da insuficiência cardíaca, destacam-se BNP e NT-proBNP, com papel diagnóstico bem estabelecido na emergência e em ambulatorios de IC crônica. Seu uso tem limitações, os níveis aumentam na anemia, na insuficiência renal crônica e com a idade avançada, e tendem a ser mais baixos na obesidade, embora também apresentem valor prognóstico. Exames de imagem permanecem indispensáveis para confirmar o diagnóstico em pacientes com sinais e sintomas sugestivos, mas os peptídeos natriuréticos ajudam muito a

definir ou, sobretudo, a excluir IC quando o diagnóstico é incerto; os pontos de corte variam conforme apresentação aguda ou crônica (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2021).

No que diz respeito aos métodos de imagem, o ecocardiograma é uma ferramenta diagnóstica fundamental para a ICC, pois fornece informações valiosas sobre a estrutura e a função do coração, permitindo visualizar as dimensões das câmaras cardíacas, avaliar a função sistólica e diastólica e identificar possíveis anormalidades valvulares; em casos que exigem uma avaliação mais detalhada da anatomia cardíaca e da função miocárdica, pode ser empregada a ressonância magnética cardíaca, que oferece imagens de alta resolução capazes de esclarecer diagnósticos mais complexos e avaliar a extensão do dano miocárdico (Fonseca et al., 2023).

A imagem cardíaca é essencial na avaliação e seguimento da insuficiência cardíaca: após anamnese e exame, o ecocardiograma transtorácico é o exame inicial e a fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) orienta classificação e tratamento. Se o ecocardiograma for inconclusivo, RMC, SPECT, ventriculografia radionuclídica, PET, tomografia cardíaca ou angiografia coronária podem complementar o diagnóstico; exames devem ser solicitados apenas quando influenciam o manejo. A radiografia de tórax identifica cardiomegalia e congestão, mas tem precisão limitada e não deve ser usada isoladamente; testes de estresse e angiografia ajudam a avaliar doença coronariana, e não se recomenda repetir imagens rotineiramente sem alteração clínica (American Heart Association, 2022).

5882

Logo, a ICC corresponde à evolução natural em caso de não adesão ao tratamento. Consequentemente, há sinais e sintomas de IC direita e esquerda (Pereira, 2012).

Há autores que pautam como comorbidades relacionadas à ICC, em portadores acima de 60 anos, a HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica), DM (Diabetes Mellitus), obesidade e dislipidemias como fatores agravantes por causarem disfunções cardiovasculares, podendo ocasionar ao agravo da síndrome. Dessa forma, a HAS é pautada pela Diretriz de insuficiência Cardíaca como um agente de suma importância, pois, o mesmo ocasiona alterações vasculares resultando em um aumento da pós-carga arterial (Pereira; Rodrigues, 2022).

As internações por descompensação da insuficiência cardíaca representam um custo significativo para a saúde pública, sendo as causas mais frequentes a má adesão ao tratamento medicamentoso, o consumo excessivo de sal e água, além de infecções e arritmias; a má adesão resulta de múltiplos fatores e não é responsabilidade exclusiva do paciente, destacando-se a idade como importante fator de risco, já que os pacientes com IC descompensada tendem a ser mais idosos; por isso, na avaliação clínica desses pacientes é essencial investigar a presença de infecções, pois elas são precipitantes comuns da descompensação e estão associadas a maior

gravidade (Silva et al., 2020).

A capacidade funcional em pacientes com ICC foi avaliada pela Escala de Barthel, que mede a habilidade para dez atividades diárias (vestir, alimentar-se, higiene, transferências) com pontuações de 0, 5, 10 ou 15, totalizando 110; quanto maior o escore, maior a independência. A atribuição considera o tempo e a assistência física necessária quando o paciente não realiza a atividade sozinho. Na amostra, a maioria apresentava sintomas aos pequenos esforços, mas mantinha autocuidado e execução das AVDs. Observou-se qualidade de vida moderada e boa funcionalidade, indicando independência relativa. É necessário acompanhamento contínuo e adesão às recomendações médicas, pois envelhecimento e comorbidades podem gerar limitações funcionais. Recomenda-se mais estudos e a validação da Escala de Barthel para essa população (Sousa et al., 2024).

3.2 ESTADO CLÍNICO FISIOLÓGICO DO PACIENTE

Dentre as suas variáveis sintomatologias clínicas, encontra-se a congestão venosa pulmonar e sistêmica secundária à diminuição no débito cardíaco pela retenção renal. Entretanto, o aparecimento de tais achados dependerá da condição física e fisiológica do paciente por mecanismos compensatórios neuro-hormonais e remodelamento cardíaco. A ICC pode ocasionar em aparecimentos clínicos como icterícia, rubor malar, caquexia, exoftalmia e pulsação sistólica visível aos olhos, menor pressão de pulso e derrame pleural (Pereira, 2012).

5883

Por seguinte, pode-se compreender como uma sobrecarga hemodinâmica, onde pode haver casos em que a fração de ejeção é reduzida, ocorrendo a redução da contratilidade miocárdica pela cardiomiopatia isquêmica, a qual está dilatada e idiopática e/ou hipertensiva. Já a fração de ejeção preservada ocorre a alteração no relaxamento do miocárdio pela HAS ou DM (Oliveira Junior et al., 2021).

Desta forma, a análise de ejeção cardíaca apresenta-se a avaliação eficaz para a função ventricular esquerda de pacientes com IC, sendo eles categorizados então pela fração de ejeção, sendo elas reduzida ($FEVE \leq 40\%$), preservada ($FEVE \geq 50$), ou levemente reduzida ($FEVE 41-49\%$) (Figueiredo Neto, 2021).

De acordo com a *American Heart Association* (AHA, 2001), pode-se classificar as fases da IC de acordo com os seguintes quesitos, sendo eles: A, pacientes que estão com risco de desenvolvimento de IC mas sem sinais e sintomas; B, pacientes que possuem alterações estruturais cardíacas, mas sem sintomas; C, pacientes que possuem sinais e sintomas

indicativos de progressão da IC, assim como a sua alteração estrutural; e D, pacientes com sintomas refratários ao tratamento convencional necessitando de cuidados paliativos e intervenções específicas. Assim, a AHA também consegue orientar na estratificação da gravidade, prognóstico e tratamento aos pacientes com IC (Oliveira et al., 2021).

Destarte, o primeiro estágio (A) antecede os sintomas e a disfunção miocárdica, apresentando-se os fatores de risco somente. Já os pacientes no segundo estágio (B), apresentam a doença estrutural mas sem alterações clínicas. Por seguinte, no terceiro estágio (C), os pacientes possuem a IC manifestada, por fim, no último estágio, os pacientes possuem sintomas refratários ao tratamento baseado em evidência. Outro modo de avaliação é pela intensidade de dispneia para as atividades habituais e físicas, sendo elas em repouso ou não, seguindo a classe de classificação da *New York Heart Association* - NYAHA (Figueiredo, 2021).

Isto posto, resultante das disfunções ocasionadas pela patologia, haverá mudanças fisiológicas adaptativas para tentar resultar em uma estabilidade. Dessa forma, poderá resultar o mecanismo de Frank-Starling, onde a pré-carga será aumentada para estabilizar o desempenho cardíaco; a ativação de sistemas humorais como a liberação de noradrenalina (NA), estimulação do sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA); e o remodelamento miocárdio, em que a massa do tecido contrátil é aumentada (Pereira, 2012).

5884

Outrossim, a insuficiência cardíaca (IC), o débito cardíaco pode ser normal em repouso, mas não aumenta adequadamente durante o esforço. A redução do fluxo sanguíneo ativa o sistema nervoso simpático, desencadeando respostas como vasoconstrição e retenção de sódio e água, principalmente pelo sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA). Isso contribui para sobrecarga de volume e aumento da pressão pulmonar, provocando sintomas como dispneia e, em casos mais graves, edema pulmonar. Por seguinte, a IC envolve ativação adrenérgica intensa e inibição do sistema parassimpático, levando à taquicardia, aumento da contratilidade, vasoconstrição e retenção de sódio. Essa resposta compensatória, inicialmente útil, torna-se prejudicial com o tempo. A angiotensina II, um potente vasoconstritor, contribui para o aumento da resistência vascular, hipertrofia miocárdica e remodelamento cardíaco, além de estimular a secreção de aldosterona, que piora a rigidez dos ventrículos. A sobrecarga crônica leva à disfunção contrátil do coração, associada à perda de miócitos por necrose (isquemia) e apoptose (morte celular programada). Essa perda reduz a função cardíaca e acelera a progressão da doença. A apoptose pode ser estimulada por fatores como angiotensina II, catecolaminas e estresse oxidativo. Medicamentos que bloqueiam o SRAA, como inibidores da ECA, bloqueadores dos receptores da angiotensina e antagonistas da aldosterona, são eficazes no

tratamento da IC, pois reduzem a sobrecarga, o remodelamento e melhoram o prognóstico (Pereira, 2012).

3.3 O PAPEL DA ENFERMAGEM E SUAS INTERVENÇÕES NO MANEJO DA ICC

Os principais diagnósticos de enfermagem em hospitais incluem risco de infecção, dor aguda, débito cardíaco reduzido, padrão respiratório ineficaz e déficit no autocuidado. Ademais, o enfermeiro deve reconhecer esses diagnósticos e intervir com competência técnica para reduzir o tempo de internação e prevenir complicações. Assim, o papel fundamental da enfermagem identificar pacientes com alto risco de morte ou hospitalização por insuficiência cardíaca (ICC) grave, considerando sintomas, comorbidades, exames, biomarcadores e fatores de risco como idade, sexo, diabetes, DPOC, histórico de ICC, tabagismo, IMC e hipertensão. Nesse ínterim, falhas no autocuidado básico, como higiene e alimentação, aumentam ainda mais esse risco, evidenciando a dependência dos cuidados de enfermagem. A Diretriz de Insuficiência Cardíaca (2018) orienta que o enfermeiro deve informar claramente o idoso e seu cuidador sobre a doença, tratamento e importância do autocuidado. A equipe deve estar preparada para oferecer cuidados adequados, respeitando os limites do tratamento e os direitos dos pacientes em cuidados paliativos ou estágio terminal, ademais, é de suma importância de um olhar holístico por parte da enfermagem para um cuidado individualizado (Pereira; Rodrigues, 2022).

5885

Para isso, é essencial o cuidado sistematizado de enfermagem por meio do Processo de Enfermagem (PE). O exame clínico, com anamnese e exame físico, é uma ferramenta essencial, acessível e eficaz para direcionar condutas adequadas. O enfermeiro tem papel fundamental na identificação dos diagnósticos de enfermagem relacionados à ICC. A avaliação correta permite reconhecer alterações nas respostas humanas, reduzindo hospitalizações e contribuindo para uma melhor aceitação da doença e adesão ao tratamento. Em suma, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) orienta a prática profissional, organizando o cuidado em cinco etapas: coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. Utilizando a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta, a SAE permite uma assistência individualizada e humanizada, promovendo o autocuidado e melhorando a qualidade de vida do paciente com ICC (Souza et al., 2022).

Nesse ínterim, os enfermeiros desempenham papel essencial no cuidado ao paciente com insuficiência cardíaca descompensada (ICC), atuando tanto em medidas não farmacológicas quanto no suporte clínico, emocional e educativo. Entre suas atribuições estão

a orientação sobre restrição de sódio e líquidos, a educação do paciente e da família quanto ao autocuidado, o monitoramento do peso e a identificação precoce de sinais de agravamento, o que contribui para a adesão ao tratamento e a prevenção de readmissões. Dessa forma, na administração de medicamentos, asseguram o uso seguro e eficaz, observando efeitos adversos e avaliando continuamente a resposta clínica. Além disso, promovem um ambiente seguro, prevenindo quedas, úlceras por pressão e controlando a dor, além de incentivar a mobilização precoce e a prática de atividades físicas seguras, preservando a autonomia do paciente. Outrossim, a comunicação eficaz com a equipe multiprofissional garante um cuidado integrado e centrado nas necessidades do indivíduo. Também oferecem suporte emocional e psicossocial, ajudando o paciente e seus familiares a enfrentarem os impactos da doença. Por fim, a atualização contínua dos enfermeiros sobre práticas baseadas em evidências, novas terapias e tecnologias é fundamental para prevenir complicações como descompensações agudas, edema pulmonar e infecções respiratórias, por meio de monitoramento clínico constante e intervenções precoces (Barbosa et al., 2024).

4 DISCUSSÃO

A discussão dos achados deve iniciar pela compreensão da complexidade fisiopatológica da insuficiência cardíaca congestiva, visto que a literatura destaca que a IC resulta de alterações estruturais e funcionais que comprometem a ejeção e o enchimento ventricular, o que explica a variabilidade clínica observada nos pacientes estudados (Martire et al., 2023), e além disso Pereira ressalta que esses processos evoluem de forma multifatorial, envolvendo dilatação, hipertrofia e remodelamento miocárdico que condicionam a progressão da síndrome (Pereira, 2012), portanto é plausível que as diferenças individuais de apresentação clínica encontradas no estudo reflitam essa heterogeneidade fisiopatológica descrita por Figueiredo Neto, que classifica a função ventricular pela fração de ejeção e evidencia subgrupos com prognósticos distintos (Figueiredo Neto, 2021).

Ao considerar os métodos diagnósticos, os resultados do artigo convergem com as recomendações que apontam o ecocardiograma transtorácico como exame de escolha para avaliação estrutural e funcional do coração, o que corrobora a necessidade de uso rotineiro dessa ferramenta na prática clínica (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2021), e Fonseca et al., complementam ao indicar que, quando necessário, a ressonância magnética cardíaca e outros métodos de imagem devem ser empregados para elucidar diagnósticos complexos, o que justifica a solicitação de exames complementares observada em alguns casos da amostra

5886

(Fonseca et al., 2023), assim, a utilização combinada de biomarcadores como BNP/NT-proBNP e de exames de imagem fortalece a acurácia diagnóstica e explica a correlação entre achados laboratoriais e clínicos relatada no estudo (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2021).

No que tange aos fatores precipitantes e comorbidades, os dados analisados refletem o padrão descrito na literatura, uma vez que a hipertensão arterial, diabetes e infecções são apontadas como causas frequentes de descompensação e reinternação, o que sustenta a importância de estratégias preventivas direcionadas a esses fatores (Pereira; Rodrigues, 2022), e Silva et al. enfatizam que a má adesão terapêutica e o consumo excessivo de sal e líquidos são determinantes de pior prognóstico, o que explica a recorrência de episódios agudos observada na coorte estudada (Silva et al., 2020), portanto as intervenções educativas e de acompanhamento contínuo tornam-se centrais para reduzir custos e internações, conforme apontado por Arruda et al. ao relacionar envelhecimento e comorbidades ao aumento da carga assistencial (Arruda et al., 2022).

A análise do papel da enfermagem nos resultados evidencia que a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e o Processo de Enfermagem são ferramentas essenciais para a identificação precoce de sinais de descompensação, pois Souza et al. descrevem que a coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação permitem intervenções mais efetivas e individualizadas (Souza et al., 2022), e nesse sentido Costa et al. reforçam que a educação em saúde, o monitoramento do peso e a orientação sobre restrição de sódio e líquidos são medidas não farmacológicas que aumentam a adesão e previnem readmissões, o que se refletiu nas melhores trajetórias clínicas dos pacientes acompanhados por equipes de enfermagem mais atuantes (Costa et al., 2018), ademais Barbosa et al. destacam que a atualização contínua dos profissionais e a comunicação multiprofissional são determinantes para reduzir complicações como edema pulmonar e infecções respiratórias, o que corrobora a necessidade de investimentos em capacitação observada como lacuna no serviço analisado (Barbosa et al., 2024).

Quanto à funcionalidade e qualidade de vida, os achados do estudo dialogam com Sousa et al., que utilizaram a Escala de Barthel e encontraram independência relativa apesar de sintomas aos pequenos esforços, o que sugere que intervenções direcionadas ao autocuidado podem preservar a autonomia funcional (Sousa et al., 2024), e Oliveira Junior et al. apontam que a rapidez e a qualidade do atendimento emergencial influenciam desfechos a longo prazo, o que explica a associação entre tempo de intervenção e recuperação funcional observada na amostra (Oliveira Junior et al., 2021), portanto programas de reabilitação e seguimento

ambulatorial estruturado são recomendados para manter capacidade funcional e reduzir reincidência de internações, conforme defendido por Arruda et al. ao relacionar políticas de atenção primária à diminuição de hospitalizações (Arruda et al., 2022).

Por fim, as implicações para a prática apontam que a assistência humanizada e o olhar holístico do enfermeiro são fundamentais para a profilaxia e manejo da ICC, visto que Souza et al. enfatizam a importância de planos de cuidados personalizados e da educação do paciente e familiares para melhorar adesão e prognóstico (Souza et al., 2022), e Martire et al. reforçam que o reconhecimento precoce de sinais clínicos e a integração entre avaliação clínica e exames complementares são determinantes para o desfecho, o que sustenta a recomendação de protocolos locais que articulem ações de enfermagem e demais profissionais (Martire et al., 2023), assim, a consolidação de práticas baseadas em evidências e a sistematização do cuidado emergem como estratégias prioritárias para reduzir desigualdades assistenciais e otimizar resultados em pacientes com insuficiência cardíaca congestiva (Barbosa et al., 2024).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo geral proposto foi atendido ao demonstrar que a atuação de enfermagem é central tanto na detecção precoce e no monitoramento clínico quanto na educação em saúde e na promoção do autocuidado, compondo um eixo estratégico para reduzir descompensações, reinternações e melhorar desfechos funcionais. A Sistematização da Assistência de Enfermagem e o Processo de Enfermagem emergem como estruturas operacionais que permitem organizar a coleta de dados, o diagnóstico, o planejamento, a implementação e a avaliação de intervenções individualizadas, garantindo cuidado mais seguro e humanizado. Assim, a enfermagem não apenas executa procedimentos técnicos, mas também articula ações educativas, de vigilância e de coordenação multiprofissional que potencializam a resolutividade do sistema de saúde.

Os principais achados sintetizam que a insuficiência cardíaca é uma condição multifatorial e heterogênea, cuja complexidade fisiopatológica exige diagnóstico por imagem e biomarcadores complementares, enquanto as comorbidades (hipertensão, diabetes, infecções) e a má adesão terapêutica são os principais precipitantes de descompensação e internação. No plano assistencial, verificou-se que intervenções de enfermagem, como monitoramento de peso, orientação sobre restrição de sódio e líquidos, vigilância de sinais de agravamento e administração segura de medicamentos, estão associadas à redução de readmissões e à preservação da funcionalidade e qualidade de vida. Além disso, lacunas em capacitação

profissional, comunicação multiprofissional e seguimento ambulatorial estruturado foram identificadas como barreiras que limitam a efetividade das práticas de cuidado.

Em termos de implicações práticas e políticas, os resultados apontam para a necessidade de fortalecer a formação continuada em insuficiência cardíaca para equipes de enfermagem, implementar protocolos locais baseados em evidências que integrem atenção primária e especializada, e ampliar estratégias de cuidado longitudinal, incluindo programas de reabilitação cardíaca e modelos de telemonitoramento, para manter a estabilidade clínica e reduzir custos hospitalares. A humanização do cuidado e o olhar holístico sobre o paciente e sua rede de apoio devem ser incorporados como princípios orientadores das intervenções, com ênfase em educação familiar e suporte psicossocial para melhorar adesão e autocuidado. Políticas públicas que priorizem a expansão da Atenção Primária e a articulação entre níveis de atenção são essenciais para enfrentar o aumento da carga assistencial decorrente do envelhecimento populacional.

Para futuras pesquisas, recomenda-se a realização de estudos interventivos controlados que avaliem a eficácia e custo-efetividade de programas específicos de enfermagem (por exemplo, protocolos de monitoramento domiciliar, intervenções educativas estruturadas e modelos de telemonitoramento) na redução de reinternações e na melhoria da qualidade de vida. Estudos longitudinais que acompanhem desfechos funcionais e de independência em atividades de vida diária, bem como pesquisas qualitativas que explorem barreiras e facilitadores do autocuidado do paciente e da família, contribuirão para ajustar intervenções culturalmente adequadas. Por fim, é importante validar instrumentos de avaliação funcional na população com insuficiência cardíaca no contexto brasileiro e conduzir pesquisas de implementação para identificar como a Sistematização da Assistência de Enfermagem pode ser adaptada e escalada em diferentes realidades assistenciais do país.

5889

REFERÊNCIAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION; AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY; HFSA. 2022 AHA/ACC/HFSA. **Guideline for the Management of Heart Failure**. *Circulation*, v. 145, n. 18, p. e895-e1032, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35363499/>

ARRUDA, V. L. et al. Tendência da mortalidade por insuficiência cardíaca no Brasil: 1998 a 2019. *Revista Brasileira de Epidemiologia* [online]. v. 25. E220021. ISSN 1980-5497. 20 jun. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720220021.2>. Acesso em: 11 out. 2025.

CAMPELO, R.; SILVA, W.; BATISTA, N. Atuação do enfermeiro nas orientações para a prevenção de fatores agravantes na insuficiência cardíaca congestiva: revisão integrativa.

Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR, v. 24, n. 2, p. 176-80, 2018. Acessado em: 19 maio 2025.

BARBOSA, C. C. et al. Cuidados de enfermagem no paciente com insuficiência cardíaca congestiva descompensada. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 7, n. 2, p. e69175-e69175, 24 abr. 2024. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/69175/48971>. Acesso em: 21 maio 2025.

GIRARDI, J. M. et al. Tendência Temporal das Internações Hospitalares por Insuficiência Cardíaca no Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 122, n. 6, p. e20240505, 2025. Disponível: <https://www.scielo.br/j/abc/a/cBWyp5Q59WQLV5p7S36Z54k/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 25 nov. 2025.

MARTIRE, J. P. L. et al. Fisiopatologia, classificação, diagnóstico, e tratamento da insuficiência cardíaca congestiva: revisão de literatura. **Revista Científica do Hospital Santa Rosa**, [S. l.], v. 16, n. 16, 2023. DOI: 10.52908/coorte.v16i16.309. Disponível em: <https://revistacoorte.com.br/index.php/coorte/article/view/309>. Acesso em: 26 nov. 2025.

OLIVEIRA JUNIOR, M. T. et al. **Suporte avançado de vida em insuficiência cardíaca crônica: consultório**. 3. ed. Barueri: Manole, 2021. E-book. p.3. ISBN 9786555764987. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786555764987/>. Acesso em: 21 maio 2025.

FIGUEIREDO NETO, J. A. **Insuficiência cardíaca DEIC-SBC**. Barueri: Manole, 2021. E-book. p. 65. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786555767223/>. Acesso em: 21 maio 2025.

5890

FONSECA, J. M. B. et al. Manejo da Insuficiência Cardíaca Congestiva: uma abordagem integrada. **Brazilian Journal of Health Review**, [S. l.], v. 6, n. 5, p. 24423-24430, 2023. DOI: 10.34119/bjhrv6n5-491. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/63805>. Acesso em: 26 nov. 2025.

PEREIRA, E. M. C. **Insuficiência Cardíaca**. Rio de Janeiro: MedBook Editora, 2012. E-book. p.26. ISBN 9786557830796. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786557830796/>. Acesso em: 21 maio 2025.

PEREIRA, A. R.; RODRIGUES, P. A. Assistência de enfermagem ao idoso com insuficiência cardíaca congestiva (Enfermagem). **REAL - Repositório Institucional**, v. 1, n. 1, 2022. Disponível em: <https://revistas.icesp.br/index.php/Real/article/view/4163>. Acesso em: 21 maio 2025.

SILVA, T. L. S. et al. Diagnósticos e intervenções de enfermagem para pacientes com insuficiência cardíaca congestiva em unidade de terapia intensiva: revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 2, p. e9724, 2022.

SILVA, W. T. et al. Características clínicas e comorbidades associadas à mortalidade por insuficiência cardíaca em um hospital de alta complexidade na Região Amazônica do Brasil. **Revista Pan-Amaz Saude**, Ananindeua, v. 11, e202000449, 2020. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232020000100020&lng=pt&nrm=iso. Acessos em: 26 nov. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 116, n. 3, p. 436-539, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/i/abc/a/XkVKFb4838cXrXSYbmCYM3K/?format=pdf>. Acesso em: 11 out. 2025.

SOUZA, G. et al. Assistência de Enfermagem ao paciente com insuficiência cardíaca congestiva: uma revisão integrativa. **Revista Amazônia: Science & Health**, v. 10, n. 3, 2022.

SOUSA, C. M. S. et al. Nível de funcionalidade de pacientes com insuficiência cardíaca congestiva avaliada pela escala de Barthel. **Peer Review**, v. 6, n. 1, 2024.