



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UnB

Faculdade de Ciências da Saúde

Departamento de Enfermagem

FRANCYARA ANDRÉA BATISTA

**PERFIL DOS DIANÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE
INDIVÍDUOS COM DISTÚRBIOS CARDIOVASCULARES
INTERNADOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA**

Brasília - DF

2015

PERFIL DOS DIANÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE INDIVÍDUOS COM DISTÚRBIOS CARDIOVASCULARES INTERNADOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA.

Francyara Andréa Batista¹, Cristine Alves Costa de Jesus²

Resumo: O presente estudo aplicou duas etapas do processo de enfermagem (a etapa de investigação e de diagnóstico) em pacientes com distúrbios cardiovasculares, internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital Universitário de Brasília (HUB). Objetiva-se no presente trabalho, traçar um perfil diagnóstico, baseado na Taxonomia da NANDA-I, dos pacientes com alterações cardíacas internados em situações críticas. Os objetivos específicos do presente estudo foram: caracterização da amostra estudada quanto aos aspectos sócio-demográficos; identificação do perfil diagnóstico dos pacientes com cardiopatias internados na UTI do HUB, conforme a classificação da NANDA-I; e identificação das características definidoras e dos fatores relacionados de cada um dos diagnósticos de enfermagem de prevalência superior a 50% na amostra estudada. Trata-se de um estudo de caráter exploratório e descritivo, de método quantitativo, com a aprovação no Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da UnB. Os dados foram previamente coletados e elaborados julgamentos diagnósticos utilizando-se a classificação da NANDA-I, com respectivos fatores etiológicos e características definidoras. A amostra foi constituída por conveniência, ou seja, não-aleatória, daqueles pacientes internados durante um período mínimo de observação de três meses. Os diagnósticos de enfermagem estabelecidos foram validados por pesquisador perito na área, para certificação das associações realizadas em relação ao rótulo diagnóstico, fatores relacionados e características definidoras, tendo como base a Taxonomia II da NANDA-I. A amostra estudada foi de vinte clientes acometidos com doenças cardiovasculares, e os diagnósticos mais prevalentes foram: Débito Cardíaco Diminuído; Déficit no Autocuidado para Alimentação; Déficit no Autocuidado para Banho, Déficit no Autocuidado para Vestir-se; Déficit no Autocuidado para Higiene Íntima; Intolerância a Atividade; Mobilidade no Leito Prejudicada; Risco de Constipação; Risco de Infecção; Volume de Líquido Excessivo; Padrão Respiratório Ineficaz; Comunicação verbal Prejudicada; Integridade Tissular Prejudicada; Deglutição Prejudicada; Risco de Aspiração. Ao estabelecer os diagnósticos de enfermagem aos pacientes com alterações cardiovasculares internados em uma unidade de terapia intensiva foi possível identificar o seu perfil, permitindo um direcionamento global das intervenções de enfermagem oferecendo benefícios não somente para os profissionais e usuários, como também para a instituição, uma vez que está diretamente relacionado à efetividade e eficácia da assistência de enfermagem.

Palavras - Chave: Diagnóstico de enfermagem; Doenças cardiovasculares; Unidade de Terapia Intensiva; Classificação.

Abstract: This study intends to apply two steps of the nursing process (step research and diagnosis) in patients with cardiovascular disorders, admitted to the Intensive

¹ Acadêmica 10º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília (UnB). E-mail: francyara.andrea@gmail.com;

² Enfermeira. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf-UnB). Orientadora do Estudo. E-mail: cristine@unb.br

Care Unit (ICU) the University Hospital of Brasília (HUB). Thus we aim at in this work, trace a diagnostic profile, based on the NANDA-I Taxonomy of the patients with cardiac disorders hospitalized in critical situations. The specific objectives of this study are were: characterize the sample regarding socio-demographics; identification of the diagnostic profile of patients with heart disease, ICU HUB, according to the NANDA-I; and identification of the defining characteristics and related factors of each of the nursing diagnoses of prevalence above 50% in the study sample; and characterization off functional health patterns that stand in our sample. This is a study of exploratory and descriptive, quantitative method, with the approval of the Faculty of Medicine at UnB Ethics Committee. Data were previously collected and prepared diagnostic judgments using the classification of NANDA-I, with respective etiological factors and defining characteristics. The sample consisted of convenience, non-random, those patients admitted during a minimum observation period of three months. Established nursing diagnoses were validated by an expert researcher in the are a for certification of associations made in relation to diagnostic label, related factors and defining characteristics, based on the NANDA-I Taxonomy II. The sample was twenty clients affected with cardiovascular diseases, and the most prevalent diagnoses were: Decreased Cardiac Output; Self-Care Deficit for Food; Self-Care Deficit for Bath, Self-Care Deficit To Wear up; Self-Care Deficit for Intimate Hygiene; Intolerance to Activity; Mobility in Bed Impaired; Constipation Risk; Infection Risk; Excessive Volume of Liquid; Ineffective Breathing Patterns; Impaired Verbal Communication; Impaired Tissue Integrity; Impaired Swallowing; Aspiration Risk. To establish the nursing diagnoses for patients with cardiovascular disorders hospitalized in an intensive care unit were able to identify their profile, allowing a global guidance of nursing interventions offering benefits not only for professionals and users, but also for the institution, it is directly related to the effectiveness and efficiency of.

Key-words: Nursing Diagnosis; Cardiovascular diseases; Intensive care unit; Rating.

Resumen: Este estudio tiene como objetivo la aplicación de dos etapas del proceso de enfermería (investigación paso y diagnóstico) en pacientes con trastornos cardiovasculares, ingresó en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Universitario de Brasília (HUB). Por lo tanto nuestro objetivo en este trabajo, trazar un perfil diagnóstico, basado en la taxonomía de NANDA-I, los pacientes con trastornos cardíacos hospitalizados en situaciones críticas. Los objetivos específicos de este estudio fueron caracterizarla muestra en relación con factores sociodemográficos; identificación del perfil de diagnóstico de los pacientes con enfermedades del corazón, HUBUCI, según la NANDA-I; y la identificación de las características definitorias y factores relacionados de cada uno de los diagnósticos de enfermería demás del 50% en nuestra muestra de prevalencia. Se trata de un estudio de método exploratorio y descriptivo, cuantitativo, con la aprobación de la Facultad de Medicina de la Comisión de Ética UNB. Los datos fueron recogidos previamente y preparados juicios diagnósticos utilizando la clasificación de la NANDA-I, con los respectivos factores etiológicos y las características que definen. La muestra estuvo constituida por conveniencia, es decir, no aleatoria, los pacientes ingresados por un período mínimo de observación de tres meses. Diagnósticos de enfermería establecidos fueron validados por un investigador experto en el área para la certificación de las asociaciones hechas en relación con la etiqueta de diagnóstico, factores relacionados y características definitorias, basado en la NANDA-I. La muestra fue de veinte clientes afectados con las enfermedades cardiovasculares, y los diagnósticos más prevalentes fueron : Disminución del gasto cardíaco; Déficit de Autocuidado de la alimentación humana; Déficit de Autocuidado para Bath, Déficit de Autocuidado para

usarse hasta; Déficit de Autocuidado para la higiene íntima; Intolerancia a la actividad; Movilidad en la cama deteriorados; Riesgo de estreñimiento; Riesgo de infección; Volumen excesivo de líquido; Patrón Respiratorio Ineficaz; Deterioro de la comunicación verbal; Integridad tisular alterada; Deterioro de la deglución; Riesgo de aspiración. Con el establecimiento de diagnósticos de enfermería para pacientes con trastornos cardiovasculares hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos fueron capaces de identificar su perfil, lo que permite una orientación global de las intervenciones de enfermería que ofrecen beneficios no sólo para los profesionales y los usuarios, sino también para la institución, que está directamente relacionado con la eficacia y eficiencia de la atención de enfermería.

Palabras-clave: Diagnóstico de enfermería; Las enfermedades cardiovasculares; Unidad de cuidados intensivos; Puntuación.

INTRODUÇÃO

Embora o cuidado esteja presente desde o início da civilização humana, com caráter inclusive caritativo, este era desenvolvido de forma empírica por familiares, religiosos e leigos da sociedade. Contudo, Florence Nightingale ao assumir o cuidado dos soldados na Guerra da Criméia, passou a adotar novas práticas do cuidar, com foco principalmente nas medidas de conforto e manutenção de higiene (SALOMÃO; AZEVEDO, 2009).

A busca pela aplicação de princípios científicos para nortear a prática de enfermagem enquanto ciência, por volta da metade do século vinte, fez surgir os modelos conceituais que embasaram as suas teorias. Assim, passou-se a discutir o planejamento da assistência, mais especificamente do processo de enfermagem (PE), o qual se constitui em um instrumento metodológico para sistematizar a prática profissional do enfermeiro por meio de etapas operacionais (TAYLOR; LILLIS; LEMONE, 2007; BARROS, 2009; DAVIM et al., 2010).

As primeiras definições de PE tiveram como cerne o inter-relacionamento enfermeiro/paciente. Atualmente, é concebido como um método sistemático de conduzir a prática de enfermagem, a partir da aplicação do método científico - avaliação inicial do estado de saúde do paciente, identificação de seus problemas reais ou potenciais sob a competência do enfermeiro, por intermédio do julgamento clínico, formulação de critérios de resultado e estratégias, planejamento, implementação e avaliação dos resultados estabelecidos a nível individual (JESUS, 1992; BARROS, 2009).

São descritas cinco etapas do PE, interdependentes e inter-relacionadas, a saber: a coleta de dados subjetivos e objetivos, a identificação dos diagnósticos de enfermagem, o planejamento das ações a serem prestadas, a implementação das intervenções e a avaliação

dos resultados alcançados (POTTER; PERRY, 2006; TAYLOR; LILLIS; LEMONE, 2007; DAVIM et al., 2010).

A segunda etapa do PE, diagnóstico, caracteriza-se pela análise, interpretação dos dados, identificação dos problemas/condições de saúde e formulação de um diagnóstico de enfermagem (DE) propriamente dito (POTTER; PERRY, 2006; TAYLOR; LILLIS; LEMONE, 2007). Durante muitos anos a utilização desta etapa esteve associada apenas a identificação de uma condição patológica (ligado diretamente ao diagnóstico médico). Porém, em meados dos anos 70, após uma série de discussões que envolveram enfermeiros da prática e da pesquisa, ocorreu um grande salto a partir da proposta de classificação da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA-I) (NEGREIROS et al., 2008/2009). Essa necessidade em se identificar, organizar e classificar os DE, com base em regras consistentes, originou a Taxonomia dos Diagnósticos de Enfermagem da NANDA, que constitui um sistema de classificação hierarquizado multiaxial composto atualmente por 13 domínios, 47 classes e 217 diagnósticos (SANTOS; MAZONI; CARVALHO, 2009; NANDA, 2013).

A definição de diagnóstico de enfermagem, aprovada na 9ª Conferência da NANDA, é “(...) um julgamento clínico das respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos processos vitais ou aos problemas de saúde reais ou potenciais. Este fornece a base para a seleção das intervenções de enfermagem, para atingir resultados, pelos quais o enfermeiro é responsável” (NANDA, 2013).

Em 2007, as doenças cardiovasculares representaram a terceira causa de internações no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo que a insuficiência cardíaca (IC) foi a condição clínica mais frequente. No Brasil, a principal etiologia da IC é a cardiopatia isquêmica crônica associada à hipertensão arterial (BOCCHI et al., 2009).

As alterações hemodinâmicas comumente encontradas em pacientes com disfunções cardiovasculares os levam a internações em unidade de terapia intensiva (UTI) e as demandas de cuidados de enfermagem são muitas. A etapa que se refere a formulação dos DE foi destacada no presente estudo, visto que constitui-se em um elo forte entre as demais etapas, pois promove a integração da coleta de dados ao planejamento das ações, envolvendo julgamento, avaliação crítica e tomada de decisão.

No Brasil, a consolidação da utilização do termo diagnóstico de enfermagem (data de 1979) ocorreu quando Wanda de Aguiar Horta propôs o processo de enfermagem em seis etapas. Assim, a Taxonomia da NANDA-I tem sido utilizada tanto em âmbito

acadêmico quanto na prática assistencial. E no que se refere à pesquisa, o Brasil tem desenvolvido estudos inclusive de validação e proposição de DE para a NANDA-I (SANTOS; MAZONI; CARVALHO, 2009).

Nesse sentido, estudos de grupos de pacientes com características em comum tem sido bastante frequente, uma vez que proporciona a identificação dos diagnósticos de enfermagem, suas causas e expressões, favorecendo a identificação de problemas comuns à clientela. Ressalta-se que o intuito não é a descaracterização da individualidade da assistência, mas a definição de sinais e sintomas comuns dentro de uma circunscrição de causalidade, que permite a uniformização das intervenções básicas àquela clientela, o que de certa forma contribui inclusive para a formação de recursos humanos nas áreas de especialidade. Alguns autores reiteram tal afirmação, pois consideram que os diagnósticos de enfermagem comuns a determinado grupo de indivíduos estabelecem o perfil dos pacientes assistidos em determinada unidade, permitindo um direcionamento global das intervenções de enfermagem (JESUS; CARVALHO, 1997; LOPES; HIGA, 2005; LIMA; PEREIRA; CHIANCA, 2006; ROSSI et al., 2006; FONTES; CRUZ, 2007; SOUZA; MARTINO; LOPES, 2007; VASCONCELOS et al., 2007; MONTEFUSCO; BACHION; NAKATAMI, 2008; SANTOS; MAZONI; CARVALHO, 2009).

Dessa forma, observa-se que há vários estudos demonstrando a preocupação em identificar perfis diagnósticos de clientelas diversas. Além disso, cabe ressaltar que a identificação de DE característicos de uma determinada população é aspecto importante para o delineamento de intervenções a serem traçadas para aquela população.

Ainda, de acordo com Davim et al. (2010), o julgamento clínico das respostas do paciente, família e comunidade concretizado na forma de diagnóstico de enfermagem oferece benefícios não somente para profissional e usuários, como também para a instituição, uma vez que está diretamente relacionado à efetividade e eficácia da assistência de enfermagem.

O presente estudo tem como principal objetivo identificar, entre os pacientes internados na UTI de um Hospital Universitário do Distrito Federal, os DE mais frequentes em indivíduos com alterações cardíacas. Os objetivos específicos do presente estudo foram: caracterização da amostra estudada quanto aos aspectos sócio-demográficos; identificação do perfil diagnóstico dos pacientes com alteração cardiovascular, internados na UTI do Hospital Universitário de Brasília (HUB), conforme a classificação da NANDA-I; e identificação das características definidoras e dos fatores

relacionados a cada um dos diagnósticos de enfermagem de prevalência superior a 50% na amostra estudada.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de caráter exploratório e descritivo, de método quantitativo. O presente estudo foi desenvolvido na UTI do HUB, através da coleta de dados junto aos pacientes internados na UTI, que atenderam aos critérios de seleção, onde foram estabelecidos os DE utilizando a classificação da NANDA-I. A amostra foi constituída por conveniência, ou seja, não-aleatória, daqueles pacientes internados durante o período de coleta de dados que foi de Agosto de 2014 a Maio de 2015.

A amostra foi composta por vinte pacientes internados durante o período de coleta de dados, atendendo aos critérios de inclusão. Foram critérios de inclusão: pacientes adultos, com idade superior a 18 anos, de ambos os sexos, internados na UTI que, quando capazes, conscientes e orientados, concedam espontaneamente anuência em participar do trabalho por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ou que, na impossibilidade de conceder a anuência por situação de alteração no nível de consciência ou estado de saúde, sejam representados por um familiar. A pesquisa atendeu às disposições da Resolução nº 466/12 que trata de pesquisa envolvendo os seres humanos e teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília (FM/UnB), sob o número 053/2011.

As variáveis do estudo consistiram em dados subjetivos (sintomas, a serem relatados pelos pacientes) e objetivos (sinais – a serem coletados por meio da realização do exame físico). Foram coletados também dados do prontuário do paciente, com intuito de confirmar as características definidoras dos diagnósticos de enfermagem bem como identificar fatores relacionados que sugerem a relação causal da inferência diagnóstica.

A coleta de dados ocorreu por intermédio de um roteiro estruturado (ANEXO I), adaptado de uma pesquisa anterior (SILVA et al., 2014), no qual foram registrados pelo pesquisador os dados da entrevista e do exame físico, bem como dados considerados relevantes para compor as inferências diagnósticas, que estavam contidos no prontuário do paciente. Para interpretar os dados presentes no instrumento de coleta de dados foi adotada a Taxonomia II da NANDA-I, considerando-se os rótulos e definições de cada um dos diagnósticos de enfermagem. Foi realizado julgamento clínico para a identificação dos diagnósticos reais e potenciais. Houve validação por pesquisador perito na área, para

certificação das associações realizadas em relação ao rótulo diagnóstico, fatores relacionados e características definidoras tendo como base a Taxonomia II da NANDA-I. Os dados obtidos foram de acesso restrito aos pesquisadores envolvidos, os quais assumiram o compromisso de manter a confidencialidade e o sigilo de todas as informações coletadas relacionadas aos pacientes envolvidos nesta pesquisa, atendimento a Resolução nº 466/12.

Os dados foram analisados observando-se a distribuição quantitativa por meio do estabelecimento de medidas de frequência absoluta e percentual. Essa análise foi realizada apenas pelos pesquisadores envolvidos, não sendo necessários quaisquer outros profissionais para a referida análise.

RESULTADOS

A princípio serão apresentados a caracterização da amostra estudada quanto aos aspectos sócio-demográficos, bem como os seus diagnósticos de enfermagem mais prevalentes. A amostra estudada foi composta por vinte clientes com doença cardiovascular internados em uma unidade de terapia intensiva do Hospital Universitário de Brasília.

A Tabela 1 apresenta os dados relativos à caracterização da amostra estudada de acordo com os aspectos sócio-demográficos. Foram entrevistados e inclusos na pesquisa três adultos e dezessete idosos dos quais, 60% eram do sexo masculino e 40% do feminino. No quesito idade, 15% apresentavam idade entre 40-49 anos, 70% entre 60-69 anos e 15% possuíam entre 70-79 anos. Residem em Brasília-DF 95% da amostra e somente 5% em Unaí – Minas Gerais. Quanto a religião, 75% referiram ser católicos e 25% referiram não ter religião. Em relação ao grau de escolaridade, 70% possuíam ensino fundamental incompleto e 30% ensino médio completo. Quanto a renda mensal familiar, 20% ganhavam 1 salário mínimo, 70% ganhavam 2 salários mínimos e 10% ganhavam 3 salários mínimos.

Tabela 1: Distribuição dos clientes estudados segundo variáveis sócio-demográficas. Brasília, 2015

Variável	Categoria	Frequência	Percentual
Gênero	Feminino	8	40
	Masculino	12	60
Idade	Entre 40-49 anos	3	15
	Entre 60-69 anos	14	70

	Entre 70 a 79 anos	3	15
Procedência	Brasília	19	95
	Unai	1	5
Escolaridade	Ensino Fundamental Incompleto	14	70
	Ensino Médio Completo	6	30
Religião	Católico	15	75
	Sem Religião	5	25
Renda Familiar	1 Salário mínimo	4	20
	2 Salários mínimos	14	70
	3 Salários mínimos	2	10

Foram arrolados 255 DE, dando uma média de 13 diagnósticos por paciente. Assim, como outra pesquisa semelhante, os diagnósticos encontrados na UTI em mais de 50% dos pacientes foram os diagnósticos reais e risco, não sendo identificados de promoção de saúde, dados corroborados no presente estudo (RAMOS, 2013). A assistência de enfermagem deve priorizar a resolução dos reais, que são as respostas humanas a condições de saúde. Já os de riscos são situações em que se identificam problemas que devem ser amenizados/evitados durante a assistência de enfermagem na unidade de terapia intensiva (RAMOS, 2013).

Tabela 2: Distribuição dos diagnósticos de enfermagem, segundo a frequência. Brasília, 2015

Diagnósticos de enfermagem	Frequência	
	Nº	%
Débito Cardíaco Diminuído.	20	100
Déficit no Autocuidado para Alimentação, Banho, Higiene Íntima e Vestir-se	20	100
Intolerância a Atividade.	20	100
Mobilidade no Leito Prejudicada	20	100
Risco de Constipação	20	100
Risco de Infecção	20	100
Volume de Líquido Excessivo	19	95
Padrão Respiratório Ineficaz.	18	90
Comunicação verbal prejudicada.	16	80
Integridade Tissular Prejudicada	14	70
Deglutição Prejudicada	13	65
Risco de Aspiração	13	65
Risco de Perfusão Renal Ineficaz	9	45
Dentição Prejudicada	8	40

Dor Aguda	8	40
Integridade da Pele Prejudicada	6	30
Eliminação Urinária Prejudicada	5	25
Confusão Aguda	3	15
Nutrição Desequilibrada: Menos do que as Necessidades Corporais.	3	15
Padrão de Sono Prejudicado	3	15
Perfusão Tissular Periférica Ineficaz	1	5
Total	255	100

Como observado na Tabela 2, os diagnósticos de enfermagem que obtiveram maior frequência (igual ou acima de 50%) entre os demais foram: Débito Cardíaco Diminuído (100%); Déficit no Autocuidado para Alimentação (100%), Déficit no Autocuidado para Banho (100%); Déficit no Autocuidado para Higiene Íntima (100%); Déficit no Autocuidado para Vestir-se (100%); Intolerância a Atividade (100%); Mobilidade no Leito Prejudicada (100%); Risco de Constipação (100%); Risco de Infecção (100%); Volume de Líquido Excessivo (95%); Padrão Respiratório Ineficaz (90%); Comunicação Verbal Prejudicada (80%); Integridade Tissular Prejudicada (70%); Deglutição Prejudicada (65%); Risco de Aspiração (65%).

Em menos de 50 % dos pacientes estudados foram identificados os seguintes rótulos diagnósticos: Risco de Perfusão Renal Ineficaz (45%); Dentição Prejudicada (40%); Dor Aguda (40%); Integridade da Pele Prejudicada (30%); Eliminação Urinária Prejudicada (25%); Confusão Aguda (15%); Nutrição Desequilibrada: Menos do que as Necessidades Corporais (15%); Padrão de Sono Prejudicado (15%); Perfusão Tissular Periférica Ineficaz (5%).

Considerando a hierarquia Taxonomia da NANDA-I, foi possível observar nesta pesquisa uma prevalência de 100% dos seguintes domínios e classes: Domínio 3: Eliminação e Troca – Classe 2: Função Gastrointestinal. Domínio 4: Atividade/Repouso – Classe 2: Atividade/Exercício; Classe 4: Respostas Cardiovasculares/Pulmonares; classe 5: Autocuidado. Domínio 11: Segurança/Proteção – Classe 1: Infecção. Outros domínios e classes que apresentaram uma prevalência entre 50 a 95% foram: Domínio 2: Nutrição – Classe 1: Nutrição; Classe 5: Hidratação. Domínio 5: Percepção/Cognição – Classe 5: Comunicação. Domínio 11: Segurança/Proteção – Classe 2: Lesão Física.

Esses resultados são semelhantes aos de outros estudos em decorrência da especificidade da clientela - as doenças cardiovasculares representaram a terceira causa

de internações no SUS, configurando disfunções ao processo saúde e doença semelhantes. O fato da porcentagem dos diagnósticos, citados na Tabela 2, também ser comum a outras pesquisas permite identificar as principais alterações nos padrões funcionais destes pacientes, conseqüentemente, subsidiar as intervenções de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade (MELER et al, 2009). A prevalência deste trabalho possibilita inferir uma possível padronização do perfil clínico das pessoas com alterações cardiovasculares internados em uma UTI.

Nas tabelas 3 e 4, a seguir, encontram-se as características definidoras e os fatores relacionados/ fatores de risco dos diagnósticos presentes entre 50% a 100% da amostra estudada.

Tabela 3: Frequência de cada uma das características definidoras, para os respectivos diagnósticos de enfermagem, identificados em 50% a 100% da amostra estudada. Brasília, 2015.

Diagnósticos	Características Definidoras	Nº	%
Débito Cardíaco Diminuído (00029)	Edema	20	100
	Alterações no ECG	20	100
	Arritmias	14	70
	Bradycardia	10	50
	Taquicardia	7	35
	Dispneia	7	35
Déficit no autocuidado para alimentação, banho, higiene íntima e vestir-se (00102), (00108), (00110), (00109).	Incapacidade de acessar o banheiro	20	100
	Incapacidade de lavar o corpo	20	100
	Incapacidade de pegar os artigos para banho	20	100
	Incapacidade de fazer uma higiene íntima apropriada	20	100
	Capacidade prejudicada de colocar itens de vestuários necessários	20	100
	Incapacidade de levar os alimentos de um recipiente à boca	20	100
Intolerância à Atividade (00092).	Desconforto aos esforços	20	100
	Resposta anormal da frequência cardíaca à atividade	20	100
	Dispneia aos esforços	7	35
	Relato de fraqueza	7	35
	Relato de fadiga	2	10
Mobilidade no Leito Prejudicada (00088).	Capacidade prejudica de reposicionar-se na cama	20	100
	Capacidade prejudicada para virar-se de um lado para outro	20	100
Volume de Líquido excessivo (00026)	Edema local em membros inferiores	19	100
	Mudança no padrão respiratório	18	95

	Dispneia	7	37
	Mudanças da pressão arterial	6	32
	Oligúria	5	26
Padrão Respiratório Ineficaz (00032)	Alteração na profundidade respiratória	18	100
	Taquipneia	11	61
	Dispneia	7	39
Comunicação verbal Prejudicada (00051)	Não consegue falar	13	81
	Dificuldade para manter o padrão usual de comunicação	3	19
	Dispneia	3	19
	Desorientação e relação as pessoas/ espaço/ tempo	3	19
Integridade Tissular Prejudicada (00044)	Tecido lesado	14	100
Deglutição Prejudicada (00103)	Incapacidade para esvaziar a cavidade oral	13	100

Tabela 4: Frequência de cada um dos fatores relacionados, para os respectivos diagnósticos de enfermagem, identificados em 50% a 100% da amostra estudada. Brasília, 2015.

Diagnósticos	Fator Relacionado	Nº	%
Débito Cardíaco Diminuído (00029).	Contratilidade alterada.	12	60
	Pré-carga alterada	6	30
	Ritmo alterado	2	10
Déficit no autocuidado para alimentação, banho, higiene íntima e vestir-se, (00102), (00108), (00110), (00109).	Fraqueza	20	100
Intolerância à Atividade (00092).	Fraqueza generalizada	20	100
	Desequilíbrio entre a oferta e a demanda de oxigênio	18	90
Mobilidade no Leito Prejudicada (00088).	Força muscular insuficiente	20	100
Risco de Constipação (00015)	Motilidade diminuída do trato gastrointestinal	20	100
	Atividade física insuficiente	20	100
	Mudança nos padrões habituais de alimentares	20	100
	Sedativos	13	65
Risco de Infecção (00004)	Aumento da exposição ambiental a patógenos	20	100
	Defesas primárias inadequadas	20	100
	Procedimentos invasivos	20	100
	Desnutrição	3	15
Volume de Líquido Excessivo (00026)	Mecanismo reguladores comprometidos	19	100
Padrão Respiratório Ineficaz (00032)	Fadiga da musculatura respiratória	18	100
	Efeitos colaterais relacionados ao tratamento	13	81

Comunicação verbal Prejudicada (00051)	Condição fisiológica	16	100
Integridade Tissular Prejudicada (00044)	Mobilidade física prejudicada	14	100
	Fatores mecânicos	14	100
	Fatores nutricionais	3	21
Deglutição Prejudicada (00103)	Estados com hipotonia significativa	13	100
Risco de Aspiração (00039)	Alimentação por sonda	13	100
	Presença de traqueostomia	10	77
	Presença de tubo intratraqueal	3	23

DISCUSSÃO

O diagnóstico Débito Cardíaco Diminuído é a quantidade insuficiente de sangue bombeado pelo coração para atender às demandas metabólicas corporais (NANDA, 2013). Este diagnóstico esteve presente em outras pesquisas semelhantes, com prevalência superior a 50%, o que reforça a coerência do mesmo identificado no presente estudo (NUNCIARONI et al., 2012; PEREIRA et al., 2011). O débito cardíaco (DC) é uma medida tradicional da função cardíaca, sendo a quantidade de sangue em litros ejetado do ventrículo esquerdo a cada minuto (MORTON; FONTAINE, 2011). O DC é o produto da frequência cardíaca (FC) pelo volume sistólico (VS), que é o volume de sangue ejetado a cada contração ventricular (MORTON; FONTAINE, 2011). É possível inferir que este rótulo diagnóstico, presente em 100% da amostra estudada, esteja totalmente relacionado com a condição clínica dos pacientes estudados, já que todos apresentavam alguma alteração cardíaca, com prevalência da insuficiência cardíaca. Com a insuficiência cardíaca há uma redução da contratilidade e conseqüentemente redução do volume de sangue ejetado pelo coração. O ventrículo esquerdo não é esvaziado adequadamente por causa do bombeamento deficiente, e o resultado final é o débito cardíaco diminuído (MORTON; FONTAINE, 2011).

As características definidoras mais presentes foram: edema (100%), arritmias (70%), bradicardia (50%), taquicardia (35%), dispneia (25%) e alterações no eletrocardiograma (15%), que são sinais comuns em pacientes com insuficiência cardíaca. Os fatores relacionados foram: contratilidade alterada (60%), pré-carga alterada (30%), ritmo alterado (10%). Nas disfunções cardíacas a perda da função inotrópica é comum, bem como ritmo alterado uma vez que o coração não desempenha mais sua função de forma correta refletindo em seu desempenho (MORTON; FONTAINE, 2011).

O edema é uma evidência clínica bastante presente nos pacientes cardiopatas, pois a IC, com a redução da contratilidade, leva ao acúmulo de sangue nas extremidades, o qual extravasa para o interstício causando o edema em membros inferiores (MORTON; FONTAINE, 2011). Um estudo realizado em um hospital universitário de grande porte, com ênfase cardiológica, situado no município de Niterói - Rio de Janeiro, reforçou que esta característica definidora foi um achado clínico associado à presença do débito cardíaco diminuído, evidenciado pela infiltração no espaço intersticial, mais comumente encontrado em membros inferiores, em uma escala aproximada de +3/+4 a +4/+4 (PEREIRA et al., 2011). Além disso, os distúrbios cardiovasculares, em especial a insuficiência cardíaca, estão comumente associados a arritmias, resultantes das alterações estruturais e metabólicas (MORTON; FONTAINE, 2011). A bradicardia é reflexo da insuficiência da bomba em realizar contrações efetivas havendo uma redução, conseqüentemente, da frequência cardíaca. A taquicardia é um mecanismo de tentar reverter a disfunção do coração e assim ejetar sangue para o corpo de forma adequada, acelerando assim os batimentos cardíacos (MORTON; FONTAINE, 2011).

A dispneia é resultante da redução do débito cardíaco devido à baixa oxigenação dos tecidos, inclusive dos pulmões, estabelecendo um quadro de dificuldade respiratória (MORTON, FONTAINE, 2011). Este sintoma, na IC, pode ocorrer por atividade mínima ou moderada, ou também em repouso, devido à incapacidade do coração em manter um DC suficiente para satisfazer as necessidades teciduais de oxigênio, bem como da redução do fluxo sanguíneo periférico, associando também com a intolerância à atividade (GIVERTZ; BRAUNWALD, 2009).

As alterações no eletrocardiograma presentes nos pacientes se devem ao fator de inclusão para participação da pesquisa, ou seja, pacientes com distúrbios cardiovasculares, o que justifica os 100% da presença desta característica definidora.

Uma pesquisa em hospital especializado, mostrou que o débito cardíaco diminuído, foi identificado em quase metade da população estudada. Este foi observado com maior frequência em pacientes com insuficiência cardíaca, com p-valor de 0,003 ao teste qui-quadrado, o que foi corroborado pelo teste de razão de chances ao demonstrar que os pacientes com insuficiência cardíaca apresentam 13,20 vezes maior chance de ter o diagnóstico de enfermagem do que um paciente sem esta doença (IC para a OR, 95% = 2,11 – 82,50). As características definidoras mais presentes foram: dispneia (70,6%), distensão de veia jugular e edema (64,7%) e fadiga (58,8%) (PEREIRA et al., 2011).

Os DE: déficit no autocuidado para alimentação (00102), banho (00108), higiene íntima (00110) e vestir-se (00109) foram agrupados apenas para facilitar a compreensão e até mesmo por sua prevalência em todos os indivíduos estudados. O fator relacionado foi fraqueza (100%). A elevada frequência destes diagnósticos também esteve presente em outras pesquisas, os quais fazem referência as necessidades humanas básicas, cuidado corporal e necessidades psicobiológicas. Nesta circunstância fica claro que as ações de enfermagem relacionadas a alimentação, ao banho no leito, a higiene íntima e a vestir-se são essenciais e se referem às necessidades humanas de pacientes que estão em repouso absoluto ou cuja mobilidade e locomoção estejam afetadas (CHIANCA; LIMA; SALGADO, 2012). Outra pesquisa apresentou percentual acima de 90% para os mesmos diagnósticos citados, reforçando a sua ocorrência no estudo em questão, bem como a necessidade de uma maior atenção aos cuidados prestados que envolvem tais diagnósticos (NUNCIARONI et al., 2012).

Estudo realizado em uma UTI de São Paulo encontrou em 100% dos pacientes o DE déficit no autocuidado. Os enfermeiros consideraram que os pacientes apresentavam capacidade prejudicada para desempenhar ou completar atividades diárias, como alimentar-se, vestir-se e arrumar-se, demandando mais recursos humanos no cuidado desses pacientes (SALOMÉ, 2011).

O diagnóstico Intolerância a Atividade (00092) segundo a NANDA-I (2013) é a energia fisiológica ou psicológica insuficiente para suportar ou completar as atividades diárias requeridas ou desejadas. Esteve presente em 100% da amostra estudada com as seguintes características definidoras: desconforto aos esforços (100%); resposta anormal da frequência cardíaca a atividade (100%); dispneia aos esforços (35%); relato de fraqueza (35%); relato de fadiga (10%). Os fatores relacionados foram: fraqueza generalizada (100%) e desequilíbrio entre a oferta e a demanda de oxigênio (90%). A fraqueza generalizada se deve ao grau de comprometimento dos pacientes que são internados em uma unidade de terapia intensiva e o desequilíbrio entre a oferta e a demanda de oxigênio é uma alteração respiratória comum nos pacientes com distúrbio cardiovascular.

O desconforto/dispneia aos esforços se deve a inadequada oxigenação dos tecidos e órgãos, devido à incapacidade do coração em manter um débito cardíaco suficiente, bem como pela baixa oxigenação do sangue. Assim a demanda de oxigênio é maior que a oferta resultando em um quadro de intolerância de atividades diárias (MORTON; FONTAINE, 2011). O organismo como mecanismo de defesa tenta reverter esse quadro de hipóxia

aumentando a frequência cardíaca com a finalidade de bombear mais sangue para suprir a demanda do corpo (MORTON; FONTAINE, 2011). Os relatos de fraqueza e fadiga se devem ao grau de debilidade e quadro clínico desses pacientes.

Uma pesquisa realizada em hospital universitário de nível quaternário e alta complexidade, voltado para área cardiológica, localizado em uma cidade de grande porte do interior do estado de São Paulo, obteve o mesmo rótulo diagnóstico em 94,7% dos casos estudados, sendo que a característica definidora dispneia ao esforço esteve presente em mais de 50% da amostra (NUNCIARONI et al., 2012). Este reforça a coerência do presente estudo.

De acordo com a NANDA-I (2013), o DE Mobilidade no Leito Prejudicada (00088) é a limitação para movimentar-se de forma independente de uma posição para outra no leito. As características definidoras 100% presentes foram: capacidade prejudicada de reposicionar-se na cama; capacidade prejudicada para virar-se de um lado para outro. O fator relacionado foi força muscular insuficiente (100%). Este diagnóstico esteve muito presente na amostra estudada, devido a situação clínica em que se encontram, tratando-se de pacientes críticos e com alterações cardiovasculares, havendo a incapacidade de movimentos.

Um estudo realizado em uma UTI de adultos de Belo Horizonte (MG), observou a prevalência deste diagnóstico em mais de 60% dos casos. A pesquisa conclui que a presença deste na clientela estudada indicava a necessidade atividade física prejudicada (CHIANCA, LIMA; SALGADO, 2011).

Risco de Constipação é definido pela NANDA-I (2013) como risco de diminuição na frequência normal de evacuação, acompanhada de fezes difícil ou incompleta e/ou eliminação de fezes excessivamente duras e secas. Este diagnóstico esteve presente em 100% dos casos estudados. Os fatores de risco foram: motilidade diminuída do trato gastrointestinal (100%), atividade física insuficiente (100%), mudança nos padrões habituais de alimentação (100), sedativos (65%). A soma destes justifica a alta frequência do diagnóstico, uma vez que é comum observá-los em pacientes com restrição ao leito por longo tempo e, conseqüentemente, atividade física insuficiente, bem como a mudança da alimentação, típicos de uma unidade de terapia intensiva. Um estudo retrospectivo, descritivo-exploratório, com objetivo de formular os DE mais frequentes, em um subgrupo de pacientes com doenças isquêmicas do coração, internados em unidade de cardiologia de um hospital universitário de nível quaternário e alta complexidade no interior do estado

de São Paulo, obteve o mesmo diagnóstico em 77,4% dos 151 pacientes estudados ((NUNCIARONI et al., 2012). Outra pesquisa, desenvolvida em uma UTI de adulto de Belo Horizonte com amostra de 44 pacientes, apresentou a mesma porcentagem (100%) que o presente estudo e assim reforça a veracidade do diagnóstico neste estudo (SALGADO; CHIANCA, 2011).

Outro diagnóstico presente em 100% da amostra foi o de Risco de Infecção (00004), definido como o risco de ser invadido por organismos patogênicos. As características definidoras apresentadas foram: aumento da exposição ambiental a patógenos (100%) – se deve ao ambiente em que a pesquisa foi realizada – ; defesas primárias inadequadas (100%) devido a pele rompida (cateter venoso central, cateter venoso periférico, cateter para hemodiálise, gasometria arterial, úlceras por pressão e sítio cirúrgico), procedimento invasivos (sondagem vesical de longa permanência, sondagem nasoentérica, pressão arterial invasiva, traqueostomia e intubação orotraqueal); desnutrição (15%), uma vez que o estado de desnutrição desencadeia a redução da imunidade do paciente tornando-o mais vulnerável aos patógenos e possível infecção.

Este diagnóstico de enfermagem, a exemplo do presente estudo, tem sido identificado em diferentes unidades de hospitais. Sua ocorrência pode ser explicada face ao paciente internado em hospital apresentar exposição ambiental a patógenos aumentada, principalmente em UTI onde um grande número de procedimentos invasivos são normalmente realizados, além da vulnerabilidade imunológica e comprometimento deste paciente (CHIANCA, LIMA; SALGADO, 2012).

Essa porcentagem também foi encontrada em estudo realizado em uma UTI de um hospital filantrópico em um município do interior de Minas Gerais (RAMOS et al., 2013). Atribui-se esse fato ao ambiente de risco de uma unidade de terapia intensiva, além das severas condições crônicas de saúde a que os pacientes estão submetidos (RAMOS et al., 2013).

Outros estudos confirmaram a presença deste diagnóstico, com a mesma porcentagem, uma pesquisa desenvolvida em hospital universitário, com ênfase cardiológica, localizado em uma cidade de grande porte do interior do estado de São Paulo (NUNCIARONI et al., 2012) e uma segunda pesquisa realizada em uma UTI de adultos de Belo Horizonte (MG) (CHIANCA; LIMA, SALGADO, 2012).

O Volume de Líquido Excessivo (00026) é definido pela NANDA-I (2013) como retenção aumentada de líquidos isotônicos. Esteve presente em 95% da clientela em

estudo, com prevalência das seguintes características definidores: edema local em membros inferiores (100%); mudança no padrão respiratório (95%); dispneia (37%); mudanças da pressão arterial (32%) e oligúria (26%), como mostra a tabela 3. O fator relacionado foi: mecanismo regulador comprometido (100%), evidenciado pela tabela 4. Em pacientes com IC esquerda, existe uma incapacidade do ventrículo esquerdo de encher e esvaziar de maneira apropriada, levando a uma pressão aumentada no ventrículo e à congestão no sistema vascular pulmonar, instalando um quadro dispneico e, conseqüentemente, mudança do padrão respiratório. Já em pacientes com IC direita há uma insuficiência do ventrículo direito de bombear adequadamente, levando ao retorno do sangue para extremidades, causando um quadro de edema (MORTON; FONTAINE, 2011). Com o aumento do volume de líquido ocorre mudança da pressão arterial, pois aumenta o volume de sangue circulante, conseqüentemente, aumenta a resistência vascular periférica levando ao aumento da pressão arterial (MORTON; FONTAINE, 2011). Para compensar o aumento do volume sanguíneo há uma intensificação da filtração renal, com objetivo de eliminar água para reduzir a pressão ocorrendo aumento da diurese – oligúria (MORTON; FONTAINE, 2011).

Uma pesquisa realizada em hospital universitário, voltado para área cardiológica, localizado em uma cidade de grande porte do interior do estado de São Paulo, obteve o mesmo rótulo diagnóstico em 78,8% dos casos (NUNCIARONI et al., 2012). Este reforça a veracidade do diagnóstico de enfermagem identificado no presente estudo.

O Padrão Respiratório Ineficaz (00032), presente em 90% da amostra, é definido como inspiração e/ou expiração que não proporciona ventilação adequada (NANDA, 2013). As características definidoras foram: alteração na profundidade respiratória (100%); taquipneia (61%) e dispneia (39%); conforme visto na tabela 3. Seu fator relacionado 100% presente foi: Fadiga da musculatura respiratória. Observa-se que este diagnóstico se relaciona à mecânica da ventilação e não aos processos de troca gasosa e transporte de oxigênio/dióxido de carbono (MELER et al., 2009). A dispneia é uma queixa subjetiva de dificuldade verdadeira na respiração. Normalmente, nos pacientes com doença cardíaca, este sintoma é o resultado do bombeamento insuficiente do ventrículo esquerdo, o que gera uma congestão do fluxo sanguíneo nos pulmões e assim alteração do padrão respiratório (MORTON; FONTAINE, 2011). A taquipneia é um mecanismo compensatório a baixa oxigenação do sangue em virtude do padrão respiratório comprometido, já que com a congestão pulmonar oriunda da insuficiência cardíaca o

sangue não é oxigenado adequadamente. Além disso o próprio bombeamento ineficiente do coração dificulta a chegada do sangue até os tecidos e assim para compensar instalasse um quadro de taquipneia para que o sangue possa chegar mais oxigenado (MORTON; FONTAINE, 2011).

O DE Comunicação Verbal Prejudicada (00051) esteve presente em 80% dos casos estudados. Sua definição é habilidade diminuída, retardada ou ausente para receber, processar, transmitir e/ou usar um sistema de símbolos (NANDA, 2013). Como observado na tabela 3, as características definidoras deste diagnóstico foram: não consegue falar (81%); dificuldade para manter o padrão usual de comunicação (19%); dispneia (19%); desorientação em relação as pessoas (19%); desorientação no espaço (19%); desorientação no tempo (19%). Estudos mostram que além de fatores biológicos (como a desorientação no tempo e no espaço e dispneia, resultantes da condição clínica dos pacientes - redução do padrão respiratório e, conseqüentemente, redução da oxigenação cerebral levando a alteração do sistema nervoso central), a inquietude e a ansiedade expressas pelos pacientes são os principais fatores que interferem, prejudicando o processo de comunicação. Ressaltam ainda que o barulho no setor, a falta de capacitação e de tempo para poder conversar e explicar, bem como o estresse das profissionais em relação ao grande fluxo de atividades também atrapalham a comunicação (VARGAS; REZENDE, 2011). Os 81% dos clientes que não conseguiram falar é devido ao estado de sedação proporcionado por medicamentos, já o restante da amostra que apresentou este diagnóstico se deve a condição clínica instalada pela doença cardiovascular, ou seja, 100% dos que apresentaram este diagnóstico possuem como fator relacionado a condição fisiológica.

Uma pesquisa, cujo objetivo foi reestruturar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em uma UTI de adulto de um hospital de ensino da Universidade Federal do Paraná, obteve o mesmo diagnóstico em 100% da amostra, corroborando o resultado do presente estudo (TRUPPEL et al., 2009).

O diagnóstico de enfermagem Integridade Tissular prejudicada é definido pela NANDA (2013) como dano a membranas mucosas, córnea, pele ou tecidos subcutâneos. Esteve presente em 70 % dos pacientes com prevalência de 100% da característica definidora: tecido lesado. Os fatores relacionados foram: mobilidade física prejudicada (100%), fatores mecânicos (100%) como pressão e fricção; e fatores nutricionais (21%). Esses fatores relacionados associados potencializaram a prevalência desde rótulo

diagnóstico nos pacientes estudados. O mesmo diagnóstico foi obtido em uma pesquisa realizada com 26 pacientes para se analisar a relação entre a coleta de dados, diagnósticos e prescrição de enfermagem estabelecidas por enfermeiros em uma UTI de um hospital de grande porte do interior paulista (CARVALHO et al., 2008).

O DE Deglutição Prejudicada (00103) é o funcionamento anormal do mecanismo de deglutição associado a déficit de estrutura ou função oral, faríngea ou esofágica. Esteve presente em 65% dos pacientes em estudos. A característica definidora foi incapacidade para esvaziar a cavidade oral (100%) e o fator relacionado: estados com hipotonia significativa (100%) proveniente da condição clínica e crítica desses pacientes. Os treze pacientes que apresentaram este diagnóstico faziam uso de sonda nasointestinal. Estudos antigos já previam a presença deste diagnóstico em pacientes internados em unidades de terapia intensiva (PASINI et al., 1996).

O Risco de Aspiração (00039) é definido pela NANDA (2013) como risco de entrada de secreções gastrintestinais, secreções orofaríngeas, sólidos ou fluidos nas vias traqueobrônquicas. Esteve presente em 65 % dos pacientes em estudo, com prevalência dos seguintes fatores de risco: alimentação por sonda (100%), presença de traqueostomia (77%), presença de tubo intratraqueal (23%), como mostra a tabela 4. Este diagnóstico esteve presente em 90 % da amostra de uma pesquisa realizada em uma UTI de adulto do hospital de ensino da Universidade Federal do Paraná, evidenciando a necessidade de se estabelecer este DE para evitar possíveis complicações oriundas da inalação de substâncias exógenas ou gástricas para as vias aéreas inferiores (TRUPPEL et al., 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo nos mostra a necessidade de uma atenção especializada e científica aos pacientes com alterações cardíacas internados em unidades de terapia intensiva, pois estes, comumente, apresentam inúmeras alterações hemodinâmicas, o que demanda cuidados de enfermagem sistematizados.

Este estudo permitiu identificar os rótulos diagnósticos de enfermagem mais frequentes em um pequeno grupo de pacientes com doenças cardiovasculares internados em uma UTI em um hospital universitário do Distrito Federal. Estes diagnósticos foram: Débito Cardíaco Diminuído; Déficit no Autocuidado para Alimentação; Déficit no Autocuidado para Banho, Déficit no Autocuidado para Vestir-se; Déficit no Autocuidado para Higiene Íntima; Intolerância a Atividade; Mobilidade no Leito Prejudicada; Risco de

Constipação; Risco de Infecção; Volume de Líquido Excessivo; Padrão Respiratório Ineficaz; Comunicação verbal Prejudicada; Integridade Tissular Prejudicada; Deglutição Prejudicada; Risco de Aspiração. Uma limitação da pesquisa foi o fato dos pacientes com distúrbios cardiovasculares não serem referenciados para o HUB devido à existência de outras instituições voltadas exclusivamente para estes pacientes.

O fato da maioria dos diagnósticos ser classificada como reais é a evidência de que os cuidados de enfermagem em unidade de terapia intensiva devem ser centrados na recuperação da saúde. No entanto, a identificação de diagnósticos de risco também indica que existe preocupação quanto aos aspectos preventivos no cuidado aos pacientes. Conclui-se que, em função da gravidade do estado de saúde dos pacientes com distúrbios cardiovasculares internados em UTI, o enfermeiro deve prestar os cuidados priorizando a documentação de problemas e a assistência às necessidades, reconhecendo os sinais iniciais de desvio da normalidade para implementar uma assistência de enfermagem de qualidade.

Ao estabelecer os DE aos pacientes com disfunções cardíacas internados em uma unidade de terapia intensiva há a identificação do seu perfil, permitindo um direcionamento global das intervenções de enfermagem e oferecendo benefícios não somente para profissional e usuários, como também para a instituição, uma vez que está diretamente relacionado à efetividade e eficácia da assistência de enfermagem.

A principal contribuição deste trabalho está no estabelecimento do polo de pesquisa na área de sistematização da assistência de enfermagem na Universidade de Brasília. Além disso, a relevância científica da pesquisa pretendida está no fato de poder se analisar aspectos da SAE ainda pouco discutidos e conhecidos. O diagnóstico de enfermagem tem representado uma das mais importantes fontes de conhecimento científico e específico, permitindo que sejam identificadas, com acurácia, as respostas dos pacientes e as adequadas intervenções. Conhecer o perfil diagnóstico de diferentes populações estará contribuindo para o avanço da enfermagem como profissão. No que se refere à relevância social, espera-se que a pesquisa incentive os enfermeiros a utilizarem a sistematização da assistência na sua prática diária, a partir da divulgação do conhecimento, havendo fortalecimento da atenção ao paciente e melhoria da qualidade da assistência prestada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARROS, A. L. B. L. Classificações de diagnósticos e intervenção de enfermagem NANDA-NIC. **Acta Paul Enfermagem**. [online]. v.22, n. especial – 70 anos, p.864-70, 2009.
- BOCCHI, E. A. et al. **III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica**. Arq. Bras. Cardiol. [online]. 2009, vol. 93, n.1, suppl.1, pp. 3-70. Acesso em: 13 Abr 2014.
- CARVALHO, E. C.; MARTINS, F. T. M.; DARLI, M. C. B.; CANINI, S. R. M. S.; LAUS, A. M.; BACHION, M. M.; ROSSI, L. A. Relações entre coleta de dados, diagnósticos e prescrições de enfermagem a pacientes adultos de uma unidade de terapia intensiva. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 16, n. 2, jul./agost, 2008.
- CHIANCA, T. M.; LIMA, A. P. S.; SALGADO, P. S. Diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva Adulto. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP)**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 1102-11018, 2012.
- DAVIM, R. M. B.; ARAÚJO, M. G. P.; GALVÃO, M. C. B.; MOTA, G. M.; GOMES, A. P.; CARLOS, D. J. D. Produção científica sobre diagnóstico de enfermagem. **Revista enfermagem UFPE Online**. v.4, n.2, p.378-85, 2010. Acesso em: 05 Abr 2014.
- FONTES, C. M. B.; CRUZ, D. A. L. M. Diagnóstico de enfermagem documentados para pacientes de clínica médica. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP)**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 395-402, 2007.
- GIVERTZ, M. M.; COLUCCI, W. S.; BRAUNWALD, E. **Aspectos clínicos de insuficiência cardíaca**. In: ZIPES, D. P.; LIBBY, P.; BONOW, R. O.; BRAUNWALD, E. **Tratado de Doenças Cardiovasculares**, p.539-568, 2009.
- JESUS, C. A. C. **Assistência de Enfermagem a Clientes Hematológicos: uma visão sistêmica**. 1992. 279 p.. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- JESUS, C. A. C.; CARVALHO, E. C. Diagnósticos de enfermagem em clientes com alterações hematológicas: uso da Taxonomia I da NANDA. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, v.6, n.2, p.37-46, 1997.
- LIMA, L. R.; PEREIRA, S. V. M.; CHIANCA, T. C. M. Diagnóstico de enfermagem em pacientes pós-cateterismo cardíaco: contribuição de Oren. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 3, 2006.
- LOPES, M. H. B. M.; HIGA, R. Desenvolvimento de um sistema especialista para identificação de diagnósticos de enfermagem relacionados à eliminação urinária. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 1, p. 27-32, 2005.
- MELER, T. C. T. M. J.; CALIXTO, R. C.; PERUZZO, S. P.; CROZETA, K. Sistematização da assistência de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 221-227, 2009.
- MORTON, P. G.; FONTAINE, D. K. **Cuidados Críticos de Enfermagem: Uma abordagem holística**. 9 edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. 1500 p.
- MONTEFUSCO, S. R. A.; BACHION, M. M.; NAKATAMI, Y. K. Avaliação de famílias no contexto hospitalar: uma aproximação entre o Modelo Calgary e a Taxonomia da NANDA. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 1, p.72-80, 2008.
- NEGREIROS, R. V.; SILVA, K. L.; NÓBREGA, M. M. L.; FONTES, W. D. In: NÓBREGA, M. M. L. & SILVA, K. L. **Fundamentos do cuidar em enfermagem**. Belo Horizonte, 2ª edição, ABEn, Capítulo 2, p. 25-40, 2008/2009.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014/NANDA International**; tradução Regina Machado Garcez. Porto Alegre. Artmed, 2013.

NUNCIARONI, A. T.; GALLANI, M. C. B. J.; AGONDI, R. F.; RODRIGUES, R. C. M.; CASTRO, L. T. Caracterização dos diagnósticos de enfermagem de pacientes internados em uma unidade de cardiologia. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 32-41, mar. 2012.

PASINI, D.; ALVIM, I.; MENDES, R. S. P.; CRUZ, D. A. L. M. Diagnóstico de enfermagem de pacientes em Unidades de Terapia Intensiva. **Revista da Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 501-518, dez. 1996.

PEREIRA, J. M. V.; CAVALCANTI, A. C. D.; SANTANA, R. F.; CASSIANO, K. M.; QUELUCI, G. C.; GUIMARÃES, T. C. F. Diagnósticos de enfermagem de pacientes hospitalizados com doenças cardiovasculares. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 737-745, out./dez. 2011.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática**. 6ª edição. São Paulo: Elsevier, 2006. 1484 p.

RAMOS, G. S.; SANTANA, L. C.; FERREIRA, P. H. C.; CHIANCA, T. C. M.; GUEDES, H. M. Diagnósticos de enfermagem documentados em prontuários de pacientes em unidade de terapia intensiva. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, Minas Gerais, v. 3, n. 2, p. 679 – 686, mai./ago. 2013.

ROSSI, L. A.; SANTOS, C. M. N. M.A.; FERREIRA, E.; DALRI, M. C. B.; CARLUCCI, V. D. S. Diagnósticos de enfermagem presentes em familiares de pacientes vítimas de queimaduras. **Revista da EEUSP**, São Paulo, v.40, n.3, p.356-64, 2006.

SALGADO, P. O.; CHIANCA, T. C. M. Identificação e mapeamento dos diagnósticos e ações de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 19 n. 4, jul./agost, 2011.

SALOMÃO, G. S. M.; AZEVEDO, R. C. S. Produção bibliográfica sobre o processo de enfermagem. **Acta Paul Enfermagem**. [Online]. v.22, n. 5, p. 691-695, 2009. Acessado em: 20 de março de 2014.

SALOMÉ, M. G. Diagnóstico de Enfermagem dos pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva. **Saúde Coletiva**, v. 47, n. 8, p. 24-28, 2011.

SANTOS, D. S.; MAZONI, S. R.; CARVALHO, E. C. Nanda's taxonomy employment in Brazil integrative review. **Revista enferm UFPE**. [Online]. v. 3, n. 1; p.107-13, 2009.

SILVA, L. E. L. ; REIS, P. E. D. ; JESUS, C. A. C. . Nursing process in the context of respiratory disease: care implications in critical patient. **Revista de Enfermagem UFPE**. [Online]. v. 8, p. 2746-2753, 2014.

SILVA, M. B.; MENEGHETE, M. C. Implementação do processo de enfermagem na prática clínica: experiência de aprendizado. **Revista enferm UFPE** [Online]. v. 4; n. 2, p. 92-100, 2010.

SOUZA, E. F.; MARTINO, M. M. F.; LOPES, M. H. B. M. Diagnóstico de enfermagem em pacientes com tratamento hemodialítico utilizando o modelo teórico de King. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP)**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 629-35, 2007.

TAYLOR, C.; LILLIS, C. & LEMONE, P. **Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem**. 5ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2007. 1768 p.

TRUPPEL, T. H.; MELER, M. J.; CALIXTO, R. C.; PERUZZO, S. A.; CROZETA, K. Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 221-227, mar./abril. 2009.

VARGAS, J. S.; REZENDE, M. S. Comunicação: equipe de enfermagem e paciente em ventilação mecânica. **Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria**, Santa Maria, v. 1, n. 3, p. 412-419, set./dez. 2011.

VASCONCELOS, F. F.; ARAÚJO, T. L.; MOREIRA, T. M. M.; LOPES, M. V. O. Association among nursing diagnosis, demographic variables and clinical characteristics of patients with high blood pressure. **Acta Paul Enfermagem**. v.20, n.3, p.326-32, 2007.

&&&&&&&&&

ANEXO 1.

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Título da Pesquisa: *Perfil dos diagnósticos de enfermagem de indivíduos com distúrbios cardiovasculares internados na unidade de terapia intensiva do hospital Universitário de Brasília.*

PESQUISADORES: Professora Cristine Alves Costa de Jesus (Orientadora);
Francysara Andréa Batista (Aluna de graduação de enfermagem)

Instrumento de Coleta de Dados

1. Identificação e dados sócio-econômicos

- Nome: _____
- Sexo: Mas Fem - Idade: anos - Admissão na UTI: / /
- Dias de internação: dias - Religião:
- Motivo da internação:
- Profissão: - Local de residência:
- Escolaridade: nunca frequentou a escola Ensino fundamental incompleto
 Ensino fundamental completo Ensino médio incompleto Ensino médio completo
 Ensino superior incompleto Ensino superior completo Pós-graduação
- Renda mensal familiar: Menos que 1 salário-mínimo 1 salário-mínimo
 2 salários-mínimos 3 salários-mínimos mais de 4 salários-mínimos
- Estado civil: Solteiro Casado Separado Viúvo Outros
- Rede social: satisfatória insatisfatória

2. Comorbidades

- Doenças pré-existentes: _____
- Internações anteriores: sim não Quais patologias _____

3. Anamnese e exame físico

3.1 Oxigenação e circulação

- Tipo respiratório: espontâneo mecânico: TOT Traqueostomia
- VM / Modalidade ventilatória: espontânea CPAP controlada
 assistida/controlada SIMV/V SIMV/P
- Oxigenoterapia sim não Máscara de Venturi: _____ l/min O₂ Macronebulização
- Cateter nasal: _____ l/min O₂
- Tosse: sim não características: _____
- FR: irpm características: _____
- Saturação de O₂: % - Perfusão periférica: seg Cianose em extremidades
- Gasometria: pH: pO₂: mmHg pCO₂: mmHg HCO₃⁻: mEq/L BE:
- Ausculta pulmonar: estertores roncosp sibilos

- Percussão: timpânico maciço - Murmúrios vesiculares: normais diminuído
- Expansibilidade torácica: preservada diminuída D E
- Batimento da asa do nariz: sim não - Tiragem intercostal: sim não
- Ausculta cardíaca: normal anormal alteração _____
- Pulsos periféricos: preservados sim não Ritmo regular irregular
Amplitude cheio fino
- Pressão arterial: _____ mmHg - Acesso venoso: central periférico
- Edema: sim não local generalizado
- Flebite: sim não local e características: _____
- Rede vascular: preservada prejudicada local _____

3.2 Hidratação e nutrição

- Peso: _____ Kg - Altura: _____ m _____ cm
- Alimenta-se sozinho: sim não - Oral com auxílio: parcial total
- Aceitação alimentar: boa inapetente intolerante gastrostomia
 SNG SOG sob BIC a _____ ml/h NPP sob BIC a _____ ml/h
- Abdome: plano globoso normotenso tenso distendido escavado
 timpânico maciço Náusea disfagia fístulas esplenomegalia
 hepatomegalia ascite _____/++++ RHA: presente ausente diminuído

3.3 Eliminação

- Melena fecaloma diarréia presença de muco incontinência fecal
- constipação flatulência Enterorragia Hemorróidas
- Ostomia sim não Local, tipo e característica _____
- Fezes (consistência, cor e odor) _____
- fralda Sondagem vesical Cistostomia
- Características da urina (cor, odor e presença de sedimentos) _____

-
- Hematúria Incontinência retenção urinária Oligúria Anúria Piúria
 - Disúria Piúria Hemodiálise sim não Diálise peritoneal sim não
 - Sudorese sim não intensa discreta vômitos característicos _____
 - otorragia otorréia Hemoptise epistaxe sialoréia drenagem gástrica
 - dreno torácico características _____
 - Aspiração características (local, quantidade, consistência, cor e presença de rolhas)

3.4 Sono e repouso

- Preservado alterado Motivo _____
- Medicação para dormir Qual? _____
- Fatores que interferem na qualidade do sono _____

3.5 Exercícios, atividade física e motilidade

- Repouso no leito: absoluto relativo - Atividade: voluntária involuntária
- Deambulação: dependente independente não deambula

3.6 Cuidado corporal e integridade física

- Dependência para o auto-cuidado: sim não total parcial alimento
 banho vestir remédio - Unhas cortadas: pés mãos
- Dentição: preservadas falhas dentárias próteses dentárias Amputação/trauma

3.7 Integridade cutâneo-mucosa

- Pele: íntegra - Coloração: normocorada hipocorada cianótica
- Umidade da pele: normal seca sudorenta alopecia
- Textura: normal lisa ou fina áspera enrugada - Turgor: normal diminuído
- Lesões: manchas ou máculas nódulos urticária vegetações vesículas
 pústula abscessos fissuras escamas crostas cicatrizes necrose
 ferida com granulação ferida com fibrina petéquias equimoses quelóides
 hematomas tatuagens

Características (tipo, local, extensão, bordas e secreções)_____

- Curativo: incisão cirúrgica inserção de dreno ulceração inserção de cateter
 deiscência

- Mucosas (conjuntivas oculares, labiobucal, língua e gengival)

- Coloração: normocoradas descoradas icterícia íntegras
 fissuras labiais placas esbranquiçadas sangramento gengival língua saburrosa
- Umidade da mucosa: normal seca

3.8 Regulação

- Temperatura axilar: °C - Imunodeficiência adquirida: sim não Qual? _____
- Diabético: sim não glicemia capilar: mg/dl
- Alteração sensorial: visão audição olfato gustação
- Alterações neurológicas: rigidez de nuca disbusia convulsões sedado
 tremores alterações de memória decorticação descerebração
- Comunicação: sim não forma _____
- Motricidade espontânea: preservada alterada movimentos involuntários
- Força muscular: preservada alterada Sinal de Babinski
- Paralisia facial: hemiface D E bilateral - Obnubilado: sim não
- Hemiplegia D E Paraplegia Tetraplegia Restrição ao leito
- Imobilidade: sim não - Limitação de movimentos: sim não
- Troficidade da musculatura: normal hipotônica hipertônica

- Tonicidade da musculatura: normal hipotônica/flacidez hipertônica/rigidez
- Pupilas: normais anisocóricas midríase miose
- Sistema sensitivo: Parestesia hiperestesia hipoanestesia

Escala de Coma de Glasgow

Abertura dos olhos	Resposta motora	Resposta verbal
<input type="checkbox"/> Espontânea	<input type="checkbox"/> Ao comando verbal	<input type="checkbox"/> Orientada
<input type="checkbox"/> Ao comando verbal	<input type="checkbox"/> Localiza o estímulo	<input type="checkbox"/> Desorientada ou confusa
<input type="checkbox"/> À dor	<input type="checkbox"/> Flexão normal do membro estimulado	<input type="checkbox"/> inapropriada
<input type="checkbox"/> Sem resposta	<input type="checkbox"/> Flexão anormal	<input type="checkbox"/> incompreensível
	<input type="checkbox"/> extensão	<input type="checkbox"/> Sem resposta
	<input type="checkbox"/> Sem resposta	

Escala de Sedação de Ramsay

Nível	Grau de Sedação
1	Ansioso, agitado ou inquieto
2	Tranquilo, cooperativo, orientado
3	Sedado, porém responsivo a comandos
4	Sedado, com resposta rápida à leve toque da glabella ou estímulo auditivo alto
5	Sedado, responde lentamente a estímulo auditivo alto ou toque da glabella
6	Sedado, não responsivo

Obs. A sedação ideal deve manter o paciente em níveis 2 e 4.

- Dor sim não local _____ Intensidade (0 a 10): _____
- Relato verbal de dor comportamento expressivo / irritado / choroso
- Fatores desencadeantes ou agravantes da dor _____
- Qualidade da dor: pontada pulsátil cólica contínua outros _____

3.9 Sexualidade

- Alterações: vulva mamas pênis bolsa escrotal característica _____

4. **Intercorrências e observações:**

ANEXO 2.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Universidade de Brasília – UnB

Faculdade de Ciências da Saúde – FS

INSTITUIÇÃO: Hospital Universitário de Brasília, Unidade de Terapia Intensiva

TÍTULO DA PESQUISA: Perfil dos diagnósticos de enfermagem de indivíduos com distúrbios cardiovasculares internados na unidade de terapia intensiva do hospital Universitário de Brasília.

PESQUISADORES: Prof^ª. Dr^ª. Cristine Alves Costa de Jesus (Orientadora responsável) e Aluna de graduação de enfermagem Franciyara Andréa Batista

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, fui informado (a) sobre o estudo intitulado “Perfil dos diagnósticos de enfermagem de indivíduos com distúrbios cardiovasculares internados na unidade de terapia intensiva do hospital Universitário de Brasília.”.

Fui informado que:

- o estudo tem como objetivo traçar um perfil diagnóstico de um grupo de pacientes internados na **Unidade de Terapia Intensiva** do Hospital Universitário de Brasília, para que futuramente possa auxiliar na condução de ações de enfermagem fundamentadas, sistematizadas em benefício de pacientes que aqui possam se internar;
- os métodos empregados para a pesquisa envolverão uma entrevista (uma conversa sobre minha história acerca da doença) e o exame físico (uma avaliação das partes do corpo usando as mãos e aparelhos para auscultar os sons e medir a pressão arterial – estetoscópio e esfigmomanômetro). Outras informações serão obtidos do prontuário. Não serão empregados métodos alternativos (diferentes desses);
- participarei de uma sessão que inclui entrevista e exame físico, com fins a coleta de dados para o referido estudo. Não será aplicado nenhum teste ou procedimento invasivo, deverei apenas responder às solicitações durante a avaliação. Não existem riscos nessa pesquisa;
- poderei pedir esclarecimentos a qualquer momento do curso da pesquisa acerca do que está sendo realizado e que não haverá emprego de qualquer medicamento, droga ou forma alternativa de tratamento para minha doença ou problema;
- caso me sinta constrangido a qualquer momento da entrevista ou do exame físico, poderei me recusar a dar continuidade;
- o estudo poderá trazer benefícios aos pacientes internados, uma vez que o conhecimento sobre os diagnósticos de enfermagem poderá guiar melhor a assistência de enfermagem;
- os dados fornecidos servirão para os pesquisadores realizarem julgamentos clínicos e elaborarem diagnósticos de enfermagem, bem como intervenções de enfermagem, com o intuito de ajudar na construção de um corpo de conhecimentos teóricos para a enfermagem;
- todos os dados da minha participação neste estudo serão documentados e mantidos confidencialmente, não havendo nenhuma forma de identificação em relação a minha participação, ficando todas as suas informações pessoais e/ou de identificação em sigilo com os pesquisadores, podendo os dados não identificados ser publicados em revistas ou congressos científicos;
- como minha participação é inteiramente voluntária, poderei abandonar o estudo a qualquer momento, sem ser sujeito a penalidades ou interferências no meu tratamento ou assistência durante a internação;

- não existirão quaisquer tipos de despesas decorrentes da minha participação na pesquisa ou qualquer tipo de indenização;

- após meu consentimento uma cópia deste Termo ficará comigo e outra com os pesquisadores;

Depois dessas explicações e orientações fui consultado sobre meu interesse em cooperar com o projeto de estudo e resolvi nele participar.

Qualquer dúvida com relação à assinatura deste Termo ou os direitos do sujeito da pesquisa, bem como quanto a participação nesta pesquisa poderão ser obtidos pelos contatos:

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília – FM/UnB ; Tel: (61) 3307-2276-2520/ 3273-4069 ou com os pesquisadores: Professora Cristine Alves Costa de Jesus, pelo telefone (61) 3107-1868, e aluna Franciyara Andréa Batista pelo telefone (61) 82509399. Telefone (61) 3107 1756 (Secretaria ENF).

Brasília, _____ de _____ de 2015.

Nome do voluntário ou acompanhante: _____ RG.: _____

Assinatura do voluntário acompanhante: _____

Assinatura e identificação do pesquisador: _____