

ANA MARIA PINHEIRO GONÇALVES

LEI DO DIREITO AUTORAL

Todos os direitos reservados e protegidos
pela Lei nº 5.107/1966

Este arquivo não pode ser reproduzido ou
transmitido sejam quais forem os meios
empregados, eletrônicos, mecânicos,
fotográficos ou quaisquer outros.

**PERFIL DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
ADMISSIONAL DE PACIENTES COM SÍNDROME
CORONARIANA AGUDA**

ANA MARIA PINHEIRO GONÇALVES

LEI DO DIREITO AUTORAL
816.003
Todos os direitos reservados e protegidos
pela Lei 9.610/98.
Este arquivo não pode ser reproduzido ou
transmitido sejam quais forem os meios
empregados: eletrônicos, mecânicos,
fotográficos ou quaisquer outros.
36357

PERFIL DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
ADMISSIONAL DE PACIENTES COM SÍNDROME
CORONARIANA AGUDA

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFMG
BELO HORIZONTE
2004

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
BIBLIOTECA UFMG

ANA MARIA PINHEIRO GONÇALVES

LEI DO DIREITO AUTORAL
Todos os direitos reservados e protegidos
pela Lei 9.610/1998.
Este arquivo não pode ser reproduzido ou
transmitido sejam quais forem os meios
empregados: eletrônicos, mecânicos,
fotográficos ou quaisquer outros.

PERFIL DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM ADMISSIONAL DE PACIENTES COM SÍNDROME CORONARIANA AGUDA

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Daclé Vilma Carvalho.

U.F.M.G. - BIBLIOTECA UNIVERSITÁRIA



121760404

NÃO DANIFIQUE ESTA ETIQUETA

Belo Horizonte
Escola de Enfermagem da UFMG
2004

UFMG - BIBLIOTECA CENTRAL
ENFERMAGEM

BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

27/04/2004

1217604-04

LEIDO DIREITO AUTORAL

Todos os direitos reservados e protegidos
pela Lei 9.610/1998.

Este arquivo não pode ser reproduzido ou
transmitido sejam quais forem os meios
empregados: eletrônicos, mecânicos,
fotográficos ou quaisquer outros.

Gonçalves, Ana Maria Pinheiro
G635p Perfil diagnóstico de enfermagem admissional
de pacientes com síndrome coronariana aguda/Ana Maria
Pinheiro. Belo Horizonte, 2004.
120p. ilustr.
Dissertação. (Mestrado). Enfermagem. Escola
de Enfermagem a UFMG.
1. Diagnóstico de enfermagem/classificação
2. Coronariopatia/

PERFIL DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM ADMISSIONAL DE PACIENTES COM SÍNDROME CORONARIANA AGUDA

ANA MARIA PINHEIRO GONÇALVES

Dissertação de Mestrado submetida à Banca Examinadora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, em 02 de Fevereiro de 2004, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

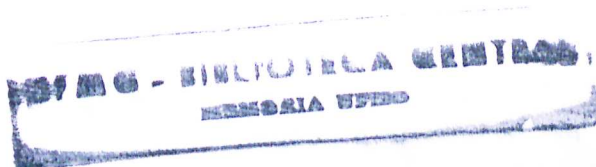
BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Daclé Vilma Carvalho - Orientadora

Prof^a Dr^a Tânia Couto Machado Chianca - Examinadora

Prof^a Dr^a Sônia Maria Soares - Examinadora

Belo Horizonte
Fevereiro de 2004



LEIDO DIREITO AUTUAL
Todos os direitos reservados e protegidos
pela Lei 9.610/1998.
Este arquivo não pode ser reproduzido ou
transmitido sejam quais forem os meios
empregados: eletrônicos, mecânicos,
fotográficos ou quaisquer outros.

LEI DO DIREITO AUTORAL
Todos os direitos reservados e protegidos
pela Lei 9.610/1998.
Este arquivo não pode ser reproduzido ou
transmitido sejam quais forem os meios
empregados: eletrônicos, mecânicos,
fotográficos ou quaisquer outros.

Dedico este trabalho

Ao amor da minha vida, Rodrigo Fonseca
Gonçalves, companheiro de todas as horas
e incansável incentivador, que soube
entender os momentos de ausência.
Dedico também ao nosso filho tão amado
que irá nascer...

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

A Deus e à Nossa Senhora por me concederem a graça do viver e de ter a oportunidade de exercer a profissão de Enfermeira que tanto amo.

Agradeço também a "Eles" pelo privilégio de terem colocado em minha vida uma pessoa tão especial como a minha querida orientadora **Prof^a Dr^a Daclé Vilma Carvalho** que, sem dúvida alguma, tornou-se a referência do profissional e ser humano que espero um dia ser. À ela, meus sinceros agradecimentos, pela confiança e apoio demonstrados, e pela solicitude durante as valiosas orientações deste trabalho.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

LEI DO DIREITO AUTORAL
Todos os direitos reservados e protegidos
pela Lei 9.610/1998.
Este arquivo não pode ser reproduzido ou
transmitido sejam quais forem os meios
empregados: eletrônicos, mecânicos,
fotográficos ou quaisquer outros.

Ao meu querido e sábio pai Fábio Pinheiro Santos, que num momento de grande dúvida, foi meu maior incentivador em inserir-me nesta profissão.

À minha mãe e melhor amiga Agar de Freitas Santos, exemplo em minha vida do que é "ser MULHER", a quem me espelho em tudo o que faço e que é o pilar de nossa família.

Agradeço a eles todo o amor, a dedicação, a cumplicidade, o esforço em manter os filhos estudando "fora" e todos os valores transmitidos. Vocês **CONSEGUIRAM!**

AGRADECIMENTOS

Ao meu querido irmão e amigo Gustavo, que me mostra como superar as adversidades desta vida com muita força e vontade.

Ao meu irmão e amigo Daniel, pela vibração com minhas conquistas e pela paciência nos momentos em que se dispôs a me acompanhar neste meu período de construção.

Aos meus queridos sogros Sr. Gileno Alves Gonçalves e D. Ana Luci Fonseca Gonçalves e a minha cunhada Cris, pelo incentivo, a bondade e carinho a mim dispensados, enfim, o apoio incondicional.

A todos os integrantes (inclusive agregados) da minha querida família Fonseca, pelo acolhimento e carinho.

À amiga Walquíria Normandia dos Santos, pela constante disponibilidade em ajudar, pela amizade e companheirismo.

Às amigas Ana Theresa Barbosa Dias e Meire Chucre Tannure, pela amizade e o incentivo dado.

À amiga Érica Leitão de Azevedo pela amizade, presença carinhosa e pelo compartilhar.

"(...) verdadeiras amizades continuam a crescer mesmo a longas distâncias. E o que importa não é o que você tem na vida, mas quem você tem na vida. E que bons amigos são a família que nos permitiram escolher" (W. Shakespeare).

À querida Prof^a Dr^a Tânia Couto Machado Chianca, pelo apoio, entusiasmo, carinho e por compartilhar da crença no conteúdo deste estudo. Obrigada pelas contribuições.

LEI DO DIREITO AUTORAL

Todos os direitos reservados e protegidos pela Lei 9.610/1998. Este arquivo não pode ser reproduzido ou transmitido sem que sejam tomados os meios empregados: eletrônicos, mecânicos, fotográficos ou quaisquer outros.

Aos amigos Mônica Chaves, Profº Jurandir Alves Morais e Jailton Roberto Guimarães, pela constante disponibilidade e auxílio.

A todos os integrantes da equipe interdisciplinar (gerente, enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, secretários, fisioterapeutas e serventes) das UTI's do Hospital Santa Casa de Belo Horizonte, pelos ensinamentos e manifestações de carinho.

Às queridas secretárias das UTI's Silvinha e Querina, pela amizade e apoio constante.

Aos pacientes internados nas UTI's do Hospital Santa Casa, pela troca de conhecimentos e por permitir-me aprender.

A todos aqueles que, de uma forma ou de outra, anonimamente, foram elementos importantes nesta pesquisa.

LEIDO DIREITO AUTORAL
Todos os direitos reservados e protegidos
pela Lei 9.610/1998.
Este arquivo não pode ser reproduzido ou
transmitido sejam quais forem os meios
empregados: eletrônicos, mecânicos,
fotográficos ou quaisquer outros.

*AQUI ESTÁ A MINHA VIDA,
PRONTA PARA SER USADA.
VIDA QUE NÃO SE GUARDA,
NEM SE ESQUIVA ASSUSTADA.
VIDA, SEMPRE A SERVIÇO DA VIDA...*

(Thiago de Melo)

LEI DO DIREITO AUTORAL

Todos os direitos reservados e protegidos pela Lei 9.610/1998.

Este arquivo não pode ser reproduzido ou transmitido sejam quais forem os meios empregados: eletrônicos, mecânicos, fotográficos ou quaisquer outros.

RESUMO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - BIBLIOTECA CENTRAL
AVENIDA BRASÍLIA, 110 - MARACÃS - RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 21545-014

RESUMO

Durante décadas, a Enfermagem teve uma orientação dirigida para o imediatismo, embasando-se em ações práticas, de modo não sistematizado. As transformações sócio-econômicas, políticas e educacionais, bem como os avanços do conhecimento científico e as descobertas médicas foram os fatores que contribuíram para que alterações nesta prática ocorressem, visando a autonomia e independência dos profissionais. Ocorreram modificações quanto ao enfoque da profissão que passou a se preocupar com a identificação dos problemas dos pacientes e, posteriormente com os diagnósticos de enfermagem. Os diagnósticos de enfermagem, segunda fase do Processo de enfermagem, são essenciais para o planejamento de uma assistência efetiva, permitindo a identificação dos problemas reais ou potenciais do cliente, visando a prevenção, promoção e o restabelecimento de sua saúde. A Taxonomia proposta pela *North American Nursing Diagnosis Association* - Nanda é atualmente o Sistema de Classificação de diagnósticos de enfermagem mais utilizado no mundo e está em construção. Portanto, a cada dois anos, estes diagnósticos são revisados a partir de trabalhos desenvolvidos por enfermeiros. Assim, o presente estudo tem como objetivo analisar o perfil diagnóstico de enfermagem admissional de pacientes com Síndrome Coronariana Aguda, internados e assistidos através da Sistematização da Assistência de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana, de um Hospital filantrópico de Belo Horizonte, segundo a Taxonomia da Nanda. Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória e retrospectiva. A amostra selecionada foi constituída por 112 Instrumentos utilizados para Histórico e Diagnóstico de Enfermagem, correspondendo a 33,3% da população estudada. Foram identificados 350 diagnósticos de enfermagem (em média, 3,1 por paciente), agrupados em 26 títulos diagnósticos incluídos em 8 domínios e 14 classes, segundo a Nanda. Estes diagnósticos foram analisados segundo seus componentes estruturais, ou seja, os fatores relacionados e características definidoras, de acordo com a Taxonomia II da Nanda e discutidos à luz da literatura específica da área. Os resultados deste estudo poderão subsidiar a reformulação do Instrumento para Histórico e Diagnóstico de Enfermagem utilizado na Instituição campo de estudo. Esperamos ainda que estes resultados contribuam para o desenvolvimento na implementação de outros modelos de assistência e para a produção científica.

Unitermos: Metodologia da assistência – Diagnósticos de enfermagem- Síndrome Coronariana Aguda- Unidades de terapia intensiva

LEI DO DIREITO AUTORAL

Todos os direitos reservados e protegidos
pela Lei 9.610/1998.

Este arquivo não pode ser reproduzido ou
transmitido sejam quais forem os meios
empregados: eletrônicos, mecânicos,
fotográficos ou quaisquer outros.

SUMMARY

SUMMARY

DIAGNOSTIC PROFILE OF ADMISSIONAL NURSING OF ACUTE CORONARY SYNDROME PATIENTS

For decades nursing was oriented to immediatism, basing itself in practical action, in a non systematized way. The socio-economic, political and educational changes, as well as the advances of scientific knowledge and the medical discoveries were factors that contributed so that the alterations in practice happened, with the aim on the autonomy and independence of the professional nurses. Changes occurred in relation to the focus of the profession that started to worry about the identification of the problems of the patient and, later, with the nursing diagnoses. The diagnoses made by the nurse, a second step of the nursing Process, are essential for the planning of an effective assistance, allowing the identification of real or potential problems of the patient, aiming the prevention, promotion and the recovery of the patient's health. The North American Nursing Diagnosis Association taxonomy - Nanda - is, at present, the most used classification system of nursing diagnosis in the world and is being built. Therefore, every two years, these diagnoses are reviewed based on and from works developed by nurses. Then, the present study has as its purpose to analyze the nursing diagnostic profile of the patients with Acute Coronary Syndrome, in hospitals and assisted through the Systematization of Nursing Assistance in Coronary Intensive Care Units, in a philanthropic hospital in Belo Horizonte, according to Nanda taxonomy. This work is a descriptive, exploratory and retrospective research. The selected sample was constituted by 112 instruments for the Nursing Record and Diagnosis, corresponding to 33% of the studied population. 350 nursing diagnoses were identified (an average of 3.1 per patient), grouped in 26 diagnosis titles included in 8 domains and 14 classes. These diagnoses were analyzed according to their structural components, that is, the related factors and defining characteristics, according to Nanda's Taxonomy II and discussed according to the specific literature of the area. The results of this study will be able to subsidize the reformulation of the Instrument for the Nursing Record and Diagnosis used in the Institution where the study was carried out. We hope that these results contribute for the development of the implementation of other models of assistance and for the scientific production.

Uniterms: Assistance Methodology – Nursing Diagnoses – Acute Coronary Syndrome – Intensive Care Unit

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Diagrama dos cinco passos da fase de Investigação	37
Figura 2- Prescrição de enfermagem relacionada ao diagnóstico de enfermagem Integridade da pele prejudicada.....	42
Figura 3- Representação esquemática das fases do Processo de Enfermagem.....	45
Figura 4- Domínios em que são distribuídos os diagnósticos de enfermagem.....	49
Figura 5- Caracterização dos pacientes com Síndrome Coronariana Aguda, assistidos através da Sistematização da Assistência de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana de um Hospital Filantrópico. Belo Horizonte, 2001-2002.....	66
Figura 6- Distribuição dos pacientes com Síndrome Coronariana Aguda, assistidos através da Sistematização da Assistência de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana de um Hospital Filantrópico, segundo o sexo e a realização das intervenções invasivas de Cateterismo e/ou Angioplastia. Belo Horizonte, 2001-2002.....	69
Figura 7- Evolução para as principais Síndromes Coronarianas Agudas.....	79
Figura 8- Desenho esquemático mostrando o cruzamento das Síndromes Coronarianas Agudas.....	80
Figura 9- Domínios e classes de diagnósticos de enfermagem admissionais identificados nos pacientes com Síndrome Coronariana Aguda, assistidos através da Sistematização da Assistência de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana de um Hospital Filantrópico, segundo a Taxonomia II da Nanda. Belo Horizonte, 2001-2002.....	83

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes quanto às condições associadas à Síndrome Coronariana Aguda, assistidos através da Sistematização da Assistência de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana de um Hospital Filantrópico. Belo Horizonte, 2001-2002 71

Tabela 2- Identificação dos Tipos de Diagnósticos de Enfermagem admissionais elaborados pelos enfermeiros e pela pesquisadora em pacientes com Síndrome Coronariana Aguda, assistidos através da Sistematização de Assistência de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana de um Hospital Filantrópico. Belo Horizonte, 2001-2002 75

LISTA DE QUADRO

Quadro 1- Componentes estruturais dos diagnósticos de enfermagem admissionais identificados em mais de 7% dos pacientes com Síndrome Coronariana Aguda, assistidos através da Sistematização de Assistência de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana de um Hospital Filantrópico. Belo Horizonte, 2001-2002	98
---	----

LEI DO DIREITO AUTORAL
Todos os direitos reservados e protegidos
pela Lei 9.610/1998.
Este arquivo não pode ser reproduzido ou
transmitido em nenhum meio, mecânico,
eletrônico, fotográfico ou qualquer outros.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACTP	Angioplastia Coronariana Transluminal Percutânea
AHA.....	American Heart Association
AVC.....	Acidente Vascular Cerebral
CAT.....	Cateterismo cardíaco
C.D.....	Características Definidoras
DAC	Doença Arterial Coronariana
D.E.....	Diagnósticos de Enfermagem
F.R.....	Fatores Relacionados
HAS.....	Hipertensão Arterial Sistêmica
HF	História Familiar
ICO.....	Insuficiência Coronariana
NANDA.....	North American Nursing Diagnosis Association
NOC	Classificação de Resultados de Enfermagem
NIC.....	Classificação de Intervenções de Enfermagem
SAE.....	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SCA.....	Síndrome Coronariana Aguda
SBV.....	Suporte Básico de Vida
SAVC.....	Suporte Avançado de Vida em Cardiologia
R.E.	Resultados Esperados
T.....	Título Diagnóstico
UTI.....	Unidade de Tratamento Intensivo

LEI DO DIREITO AUTORAL
Todos os direitos reservados e protegidos
pela Lei 9.610/1998.
Este arquivo não pode ser reproduzido ou
transmitido sejam quais forem os meios
empregados: eletrônicos, mecânicos,
fotográficos ou quaisquer outros.

SUMÁRIO

RESUMO

SUMMARY

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE TABELAS

LISTA DE QUADRO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

INTRODUÇÃO	20
REVISÃO DE LITERATURA	29
2.1- SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE)	29
2.2- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM (D.E.)	46
METODOLOGIA.....	59
3.1- TIPO DE ESTUDO	59
3.2- LOCAL	60
3.3- POPULAÇÃO.....	62
3.4- AMOSTRA	62
3.5- INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	63
3.6- COLETA DE DADOS	63
3.7- TRATAMENTO DOS DADOS	64
RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	66
4.1- CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO	66
4.2- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM ADMISSIONAIS IDENTIFICADOS.....	73
CONSIDERAÇÕES FINAIS	100
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	106
ANEXOS	112

LEI DO DIREITO AUTORAL
Todos os direitos reservados e protegidos
pela Lei 9.610/1998.
Este arquivo não pode ser reproduzido ou
transmitido sejam quais forem os meios
empregados: eletrônicos, mecânicos,
fotográficos ou quaisquer outros.

LEI DO DIREITO AUTORAL

Todos os direitos reservados e protegidos
pela Lei 9.610/1998.

Este arquivo não pode ser reproduzido ou
transmitido sejam quais forem os meios
empregados: eletrônicos, mecânicos,
fotográficos ou quaisquer outros.

1-INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

Minha experiência acadêmica e profissional sempre esteve associada ao cuidado de pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva. A vivência de uma prática de Enfermagem abordada até então, de maneira não sistematizada e muitas vezes intuitiva, levou-me a questionar a qualidade da assistência prestada ao paciente crítico, nas instituições em que trabalhava.

Com esta preocupação, em 1998, enquanto enfermeira assistencial das Unidades de Terapia Intensiva (UTI's) de um Hospital Filantrópico de Belo Horizonte, especializei-me em Enfermagem em Terapia Intensiva na Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, onde tive acesso a novos conhecimentos relativos à Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Em Janeiro de 2000, assumi a coordenação de enfermagem das UTI's do referido Hospital e, juntamente com os enfermeiros do setor, sentimo-nos incomodados com a forma que realizávamos nossas atividades.

Frente às características críticas dos pacientes internados em UTI's, observava-se uma tendência de valorização dos cuidados relacionados aos aspectos biológicos da assistência. Esta tendência era reforçada pela ausência de um referencial teórico de enfermagem referente a essas unidades e predominância do modelo biomédico ou médico-centrado. Além disso, nossos conceitos quanto à assistência sistematizada eram heterogêneos, atribuindo-lhe diferentes graus de importância.

Nesta ocasião, foram detectadas ainda a inexistência de normas e rotinas para a equipe de enfermagem; falta de instrumentos de controle dos materiais e

equipamentos das unidades e de registros do serviço, bem como dos procedimentos invasivos e indefinição de funções específicas do enfermeiro.

Diante desta situação, em Março de 2000, foram formados "núcleos" (grupos de estudo) direcionados a temas considerados críticos e de fundamental importância e que necessitavam de intervenções naquele momento. Assim, foram constituídos os núcleos da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE); de prevenção, diagnóstico e tratamento de lesões cutâneas; de humanização das UTI's e da equipe interdisciplinar; de controle de materiais e equipamentos e de procedimentos invasivos.

O principal objetivo da implantação dos núcleos neste período foi o de otimizar a qualidade do cuidado prestado pela equipe de enfermagem ao paciente crítico adulto internado nas UTI's, implicando na utilização de uma metodologia de assistência. Para isso, realizamos reuniões periódicas com a finalidade de definir o modelo e os passos da SAE adotados nas unidades, bem como a estratégia para sua implantação. Levantou-se também a necessidade de motivar a equipe e conscientizá-la quanto à importância da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Através de grupos de estudos mensais, foi possível a adoção de diversas condutas tais como: capacitação teórica e técnica dos enfermeiros do setor; elaboração e implantação de protocolo (prevenção, avaliação e tratamento de lesões cutâneas); normas e rotinas técnicas e administrativas; programas de aprendizagem contínua da equipe de enfermagem; programas em parceria com o serviço de psicologia, visando à melhoria nos relacionamentos interpessoais da equipe interdisciplinar; elaboração e padronização de instrumentos de controle de

procedimentos invasivos e de materiais e equipamentos das unidades, e ainda, implantação do Processo de Enfermagem, criando impressos próprios.

“O processo de enfermagem propicia um direcionamento ordenado aos cuidados de enfermagem, sendo a essência o instrumento e a metodologia da prática de enfermagem, ajudando o profissional enfermeiro a tomar decisões e a prever e avaliar as conseqüências (STANTON; PAUL; REEVES, 1993, p.24)”.

De acordo com Beyers e Dudas (1989, p.9) “o processo de enfermagem é a aplicação sistemática do conhecimento a situações específicas da assistência aos pacientes”. E, para Rossi e Carvalho (2002, p.23) “é o método pelo qual as abordagens teóricas são aplicadas na prática de enfermagem”.

Assim, para a implantação deste processo, o grupo sentiu necessidade de buscar uma teoria que melhor sustentasse o fazer do enfermeiro em UTI's.

Segundo Demo (1999, p.52), “a razão talvez mais forte da necessidade teórica é a pretensão explicativa, para além da mera descrição e da acumulação de fatos e dados”.

Neste intuito, diversos conceitos, teorias e modelos específicos à enfermagem foram estudados pelo grupo, que optou e procurou adaptar ao cotidiano do serviço, a teoria de Myra Estrin Levine, associando-a à Classificação Diagnóstica da North American Nursing Diagnosis Association- NANDA.

Levine reconhece a enfermagem como uma atividade profissional com conceitos e habilidades científicas e sua teoria centraliza-se na pessoa - o paciente. Numa estrutura de cuidado total ao paciente, Levine trabalha com quatro princípios de conservação que constituem a base de sua teoria. A essência da definição de enfermagem é a interação humana e o enfermeiro deve intervir no sentido de

conservar a energia e manter as integridades (estrutural, pessoal e social) do cliente (LEONARD, 1993, p.164-173).

Para a NANDA (2002, p.271), os diagnósticos de enfermagem são julgamentos clínicos sobre as respostas do indivíduo da família ou da comunidade a problemas de saúde reais ou potenciais, proporcionando as bases para a seleção de intervenções de enfermagem, para atingir resultados pelos quais a enfermeira é responsável.

Fazer um diagnóstico de enfermagem é um processo de pensamento crítico, exigindo do enfermeiro capacidade de análise, síntese e percepção, ao interpretar dados clínicos. Esse processo possibilita a definição de condutas dos resultados esperados do paciente, bem como subsidia as intervenções de enfermagem necessárias para se obter esses resultados.

A equipe de enfermeiros considerou relevante ter sido adotada uma teoria de enfermagem “holística” pois o paciente passa a ser visto como um todo, e o enfermeiro passa a prestar uma assistência sistematizada, determinando os diagnósticos de enfermagem, planejando suas ações, executando e prescrevendo o cuidado, registrando e avaliando o que foi proposto, permitindo assim gerar conhecimento a partir da prática.

O conceito da Teoria de Levine associado à Classificação diagnóstica da NANDA levou o enfermeiro a pensar em uma assistência de enfermagem que deva preocupar-se com aspectos da vida do indivíduo, de forma a ultrapassar as necessidades biológicas, valorizar as dimensões psicossociais do comportamento humano e, sobretudo despertar sua preocupação em relação à importância do caráter preventivo da assistência nas UTI's, até então não abordado.

Observamos que este modelo adotado individualizou e otimizou a qualidade do cuidado prestado; melhorou a comunicação entre os membros da

equipe interdisciplinar; facilitou a assistência tornando-a mais prática e valorizou a enfermagem.

Deianno et al. (1993, p.325) utilizando o modelo de Bailey e Claus na SAE em um Centro de Terapia Intensiva concluíram que, através da elaboração de um Instrumento de coleta e registro de dados e da metodologia utilizada, a operacionalização do modelo foi viável, desde a solução de problemas bastante simples até aqueles mais complexos. As autoras elaboraram um Instrumento predominantemente na forma de “check list”, por acreditarem ser este um guia para o levantamento de problemas pelos enfermeiros, com a rapidez exigida no CTI.

Em 1969, Laurence Weed propôs aos médicos um sistema para elaborar registros de história clínica, centrados nos problemas dos pacientes, e com isso muitos enfermeiros encontram nesse método uma maneira de melhorar os registros e a comunicação entre a equipe de enfermagem (DEIENNO et al., 1993, p.328).

Em nosso serviço, também sentimos necessidade de construir um Instrumento que fosse de rápido preenchimento e que contivesse método sistemático para coletar e analisar dados objetivos e subjetivos sobre o estado de saúde do cliente, incluindo o exame físico, com a finalidade de fazer o diagnóstico de enfermagem.

Elaboramos um Instrumento para Histórico e Diagnóstico de Enfermagem, fundamentado na teoria escolhida, associando esta à Taxonomia I dos diagnósticos de enfermagem da NANDA. Tal Instrumento foi construído na forma de “check list” para o título e as características definidoras dos diagnósticos de enfermagem, devido às condições dos pacientes internados nos Centros de Terapia Intensiva, que exigem uma atuação rápida e segura por parte dos enfermeiros. Os fatores relacionados associados aos diagnósticos de enfermagem, não constantes no

check-list eram descritos em espaço próprio, bem como os títulos e as características definidoras.

Foi possível observar que a criação deste impresso contribuiu para execução dos passos do modelo da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) adotado, talvez por ter sido elaborado de acordo com a realidade encontrada no setor, adaptando-se o referencial teórico à prática cotidiana e reduzindo algumas dificuldades operacionais.

Estávamos trabalhando com a Classificação diagnóstica da NANDA há mais de dois anos e neste período muitos pacientes foram assistidos através desta taxonomia.

Na elaboração deste Instrumento, listamos aleatoriamente para checagem, os diagnósticos de enfermagem da Nanda que supúnhamos serem os mais freqüentes naquela clientela. No entanto, temos observado que vários diagnósticos listados neste Instrumento raramente são checados, enquanto que outros necessitavam ser incluídos.

Considerando que ainda não conhecíamos realmente quais diagnósticos de enfermagem eram identificados nos pacientes nas UTI's, tornou-se fundamental traçarmos o perfil diagnóstico de enfermagem em relação a esses pacientes, para subsidiar futuramente possíveis reformulações do Instrumento proposto, no intuito de que tais diagnósticos possam constituir a base para as intervenções de Enfermagem nas UTI's do referido Hospital.

Nos grupos de estudos mensais sobre a SAE refletíamos sobre o nosso trabalho e fazíamos indagações que nos inquietavam, para as quais não tínhamos respostas:

- que diagnósticos de enfermagem propostos pela NANDA eram identificados em pacientes nas referidas UTI's?
- que características definidoras e fatores relacionados aos diagnósticos de enfermagem eram mais freqüentes nesta população?

Todos os direitos reservados e protegidos
pela Lei nº 9.610 de 1998.
Este arquivo não pode ser reproduzido ou
transmitido sejam quais forem os meios
empregados: eletrônicos, mecânicos,
fotográficos ou quaisquer outros.

Em busca de respostas para estas indagações, desenvolvemos uma pesquisa que se restringe à Unidade Coronariana, por apresentar esta maior número de pacientes assistidos através da metodologia adotada, tendo em vista o maior número de leitos.

Apesar de a metodologia da assistência de enfermagem ser tema de estudos nacionais e internacionais e já existirem vários modelos teóricos, sua aplicação ainda é restrita no Brasil.

Em nossa revisão bibliográfica, não encontramos trabalhos publicados ou citações referentes à utilização da teoria de Levine, associando-a à Classificação diagnóstica da NANDA em UTI's. Porém, neste momento, acreditamos não ser ainda oportuno analisarmos a referida associação, uma vez que, conforme já mencionado, muitos diagnósticos listados no Instrumento raramente são checados, e outros necessitavam estar incluídos.

Portanto, neste estudo, buscar-se-á traçar e analisar o perfil diagnóstico de enfermagem admissional dos pacientes com Síndrome Coronariana Aguda segundo a Classificação da NANDA.

Assim, desenvolvemos esta pesquisa com o objetivo de:

Analisar o perfil diagnóstico de enfermagem admissional de pacientes com Síndrome Coronariana Aguda, internados e assistidos através da Sistematização da Assistência de Enfermagem na UTI Coronariana de um Hospital Filantrópico de Belo Horizonte, segundo à Taxonomia da NANDA.

RESERVA DE DIREITO AUTORAL
Todos os direitos reservados e protegidos
pela Lei nº 9.610/1998.
Este arquivo não pode ser reproduzido ou
transmitido sem a qualificação dos meios
empregados: eletrônicos, mecânicos,
fotográficos ou quaisquer outros.

LEI DO DIREITO AUTORAL

Todos os direitos reservados e protegidos
pela Lei 9.610/1998.

Este arquivo não pode ser reproduzido ou
transmitido sejam quais forem os meios
empregados: eletrônicos, mecânicos,
fotográficos ou quaisquer outros.

2- REVISÃO DA LITERATURA

REVISÃO DE LITERATURA

2.1- Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)

LEI DO DIREITO AUTORAL
Todos os direitos reservados e protegidos
pela Lei 9.610/1998.
Este arquivo não pode ser reproduzido ou
transmitido sejam quais forem os meios
empregados: eletrônicos, mecânicos,
fotográficos ou quaisquer outros.

Perpassando pela história, tem-se que a preocupação da Enfermagem com a questão teórica, nasce com Florence Nightingale que afirmava que a enfermagem requeria conhecimentos distintos da medicina e após a guerra da Criméia em 1856, a autora estabelece as premissas em que a profissão deveria se basear (NIGHTINGALE, 1989, p.4).

Durante décadas, a enfermagem teve uma orientação dirigida para o imediatismo, baseando-se em ações práticas, de modo intuitivo e não sistematizado.

Souza (1989, p.232), relata que a percepção da necessidade de condições menos servis para a profissão levou as enfermeiras americanas a questionarem e refletirem sobre sua situação de prática, surgindo então a consciência de que era necessário preparar melhor o profissional, através da melhoria da educação em enfermagem, e com isto melhorar também a qualidade do cuidado prestado.

As primeiras atividades em enfermagem incluíam o acúmulo de inúmeras funções provenientes de outras disciplinas e o foco de atenção da enfermeira era voltado para medidas de alívio e manutenção de ambiente higiênico. A enfermeira era como uma provedora dos cuidados de saúde e deveria satisfazer todas as necessidades do paciente (IYER; TAPTICH; BERNOCCHI-LOSEY, 1993, p.3).

Vários foram os fatores que contribuíram para que alterações na prática de enfermagem ocorressem, possibilitando a busca da independência e autonomia

da profissão, dentre eles as modificações sociais, econômicas, políticas e educacionais; os avanços do conhecimento científico e tecnológico e as descobertas médicas (IYER; TAPTICH; BERNOCCHI-LOSEY, 1993; SOUZA, 1989).

Com as transformações advindas da Segunda Guerra Mundial, as enfermeiras americanas se organizaram em associações e iniciaram discussões sobre as necessidades e as dificuldades relativas à enfermagem. Esta fase foi caracterizada por um período de grande busca de identidade da profissão, uma vez que o desenvolvimento de um corpo de conhecimentos específicos tornou-se uma necessidade crescente para as enfermeiras (SOUZA, 1989, p.233-235).

Jesus (2002, p.14), afirma que "a organização do cuidado foi descrita inicialmente em forma de estudos de caso a partir de 1929". E, ainda segundo a autora, após 1945, os estudos de casos deram lugar aos planos de cuidados, considerados como as primeiras expressões do processo de enfermagem. Estes planos eram relatórios de enfermagem e foram praticamente abandonados de 1955 a 1960, visto que objetivavam somente a melhoria da comunicação da equipe de enfermagem a respeito da assistência prestada aos pacientes.

Nos anos 60, nova ênfase foi dada ao plano de cuidados e o cliente era visto pela enfermagem numa ótica holística, constituindo-se este num dos principais pontos do ensino. "Nesta mesma época, surgiram as primeiras teorias de enfermagem, direcionando a assistência que deveria ser prestada ao ser humano, com base em um marco conceitual próprio, procurando relacionar fatos e estabelecer as bases de uma ciência de enfermagem, constituindo-se em uma nova fase da evolução histórica da profissão (SOUZA, 1989, p.236)".

“Os modelos teóricos de enfermagem foram elaborados para retratar conceitos, descrever, explicar e prever o fenômeno e determinar o campo de domínio da profissão (ROSSI; CARVALHO, p.23)”.

Muitas disciplinas surgiram com o processo evolutivo, como fisioterapia, nutrição e serviço social. Com esta abordagem interdisciplinar, houve um maior fortalecimento do planejamento de cuidados na década de 70. Ocorreram modificações quanto às funções do enfermeiro e isso permitiu que seu foco se concentrasse na solução dos problemas do paciente, através da aplicação do processo de enfermagem (IYER; TAPTICH; BERNOCCHI-LOSEY, 1993, p.3-10).

O termo processo foi mencionado pela primeira vez em 1955 por Lydia Hall (JESUS, 2002; IYER; TAPTICH; BERNOCCHI-LOSEY, 1993). Em 1961, numa publicação de Orlando (1978, p. 39-80), o processo de enfermagem é descrito como uma proposta para melhorar a qualidade do cuidado prestado através do relacionamento dinâmico enfermeira-paciente.

Carlson, Craft e McGuire (1982, p.20) relatam que as enfermeiras Dorothy Johnson (1959), Ida Orlando (1961), e Ernestine Wiedenbach (1963) desenvolveram, cada uma, métodos distintos para o estudo e identificação do processo de enfermagem, que era constituído de três fases. Acrescentam que em 1967, houve a descrição, pela primeira vez, de um processo de quatro fases (histórico, planejamento, implementação e avaliação) por Yura e Walsh.

Na segunda metade da década de 60, a Dr^a Wanda de Aguiar Horta, com base na Teoria da Motivação Humana de Maslow, elaborou a teoria das Necessidades Humanas Básicas e propôs às enfermeiras brasileiras, uma assistência de enfermagem sistematizada, introduzindo no Brasil uma nova visão de

enfermagem. Com base em sua teoria, apresentou um modelo de processo de enfermagem com os seguintes passos: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, plano de cuidados ou prescrição de enfermagem, evolução e o prognóstico de enfermagem (HORTA, 1979, p.35).

Com o advento dos trabalhos de Horta, se enfatizou o planejamento da assistência de enfermagem, na tentativa de tornar a profissão e de caracterizá-la como ciência aplicada, deixando a fase empírica e entrando para a científica através da sistematização da assistência (DALRI, 1993, p.7).

Santana e Carvalho (2000, p.26), dizem que “o processo de enfermagem é o paradigma científico, sem outra alternativa até o momento atual, que a enfermagem de todo o mundo deve lançar mão para ser reconhecida e consolidada como ciência”.

“O processo de enfermagem representa a Sistematização da Assistência de Enfermagem e fornece estrutura para a tomada de decisão na assistência de enfermagem tornando-a mais científica e menos intuitiva (JESUS, 2002, p.14)”.

Acreditamos que a autonomia na profissão somente será adquirida quando toda a classe começar a utilizar esta metodologia científica em suas ações, ou seja, a aplicação sistemática do processo de enfermagem.

No Brasil, algumas enfermeiras têm utilizado o processo de enfermagem como um método para sistematizar a assistência de enfermagem nos diversos níveis de atenção à saúde.

Bocchi et al. (1996, p.113-129), cumprindo uma das atividades didáticas da disciplina de Enfermagem Médico-Cirúrgica, operacionalizaram o processo de enfermagem na assistência de um paciente com diagnóstico médico de luxação

cervical utilizando o modelo conceitual de Horta, adaptado à Taxonomia I (NANDA). Os resultados deste trabalho demonstraram que as intervenções propostas contribuíram na reabilitação do paciente, prevenindo complicações, bem como ajudando-o a retornar ao seu ambiente social para reassumir a sua autonomia.

Osawa (1988, p.47) relata que a aplicação do processo de enfermagem numa UTI resultou na conscientização da equipe de enfermagem quanto à importância da S.A.E. para o paciente e para os enfermeiros, com ganhos individuais, tais como a percepção da necessidade de aprofundar conhecimentos para analisar os dados obtidos, o crescimento profissional relativo à atitude, ou seja, o compartilhar dúvidas, conhecimentos, o discutir pontos de vista com argumentos concretos, o expor-se a críticas e sugestões.

Outra experiência com aplicação do processo de enfermagem em UTI's adulto foi a de Bub e Benedet (1996, p. 67-72) cujo embasamento foi o marco conceitual de Dorothy Johnson associado à Nanda. O modelo de processo utilizado consistia em 4 etapas: levantamento de dados, diagnóstico, intervenção e avaliação de enfermagem. Para todas as fases do processo foram elaborados instrumentos fundamentados no modelo de Johnson e adaptados para a assistência de enfermagem em UTI. Os resultados mostraram que a aplicação deste modelo contribuiu no sentido de assistir o ser humano sem negligenciar o atendimento de seus problemas nas dimensões psicossociais e possibilitou também o estabelecimento de diagnósticos de problemas reais e potenciais, remetendo assim ao caráter preventivo da assistência em UTI.

Para Iyer, Taptich e Bernocchi-Losey (1993, p.10), "o processo de enfermagem desenvolveu-se num processo de cinco fases sequenciais e inter-

cervical utilizando o modelo conceitual de Horta, adaptado à Taxonomia I (NANDA). Os resultados deste trabalho demonstraram que as intervenções propostas contribuíram na reabilitação do paciente, prevenindo complicações, bem como ajudando-o a retornar ao seu ambiente social para reassumir a sua autonomia.

Osawa (1988, p.47) relata que a aplicação do processo de enfermagem numa UTI resultou na conscientização da equipe de enfermagem quanto à importância da S.A.E. para o paciente e para os enfermeiros, com ganhos individuais, tais como a percepção da necessidade de aprofundar conhecimentos para analisar os dados obtidos, o crescimento profissional relativo à atitude, ou seja, o compartilhar dúvidas, conhecimentos, o discutir pontos de vista com argumentos concretos, o expor-se a críticas e sugestões.

Outra experiência com aplicação do processo de enfermagem em UTI` adulto foi a de Bub e Benedet (1996, p. 67-72) cujo embasamento foi o marco conceitual de Dorothy Johnson associado à Nanda. O modelo de processo utilizado consistia em 4 etapas: levantamento de dados, diagnóstico, intervenção e avaliação de enfermagem. Para todas as fases do processo foram elaborados instrumentos fundamentados no modelo de Johnson e adaptados para a assistência de enfermagem em UTI. Os resultados mostraram que a aplicação deste modelo contribuiu no sentido de assistir o ser humano sem negligenciar o atendimento de seus problemas nas dimensões psicossociais e possibilitou também o estabelecimento de diagnósticos de problemas reais e potenciais, remetendo assim ao caráter preventivo da assistência em UTI.

Para Iyer, Taptich e Bernocchi-Losey (1993, p.10), "o processo de enfermagem desenvolveu-se num processo de cinco fases sequenciais e inter-

relacionadas (histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação), coerentes com a evolução da profissão”.

“Embora as etapas do processo estejam divididas didaticamente, estas não ocorrem de forma isolada e linear, mas estão inter-relacionadas e ocorrem concomitantemente (BUB; BENEDET, 1996, p. 67)”.

O processo de enfermagem se operacionaliza em fases ou componentes, que variam de acordo com cada autor no que diz respeito ao número e terminologia utilizada. Entretanto, a maioria dos autores concordam que quatro fases são consideradas necessárias ao processo de enfermagem, ou seja, investigação, histórico ou avaliação, intervenção ou implementação e evolução ou avaliação de enfermagem.

A investigação (histórico ou avaliação) é a primeira fase no processo de enfermagem, ou seja, é o primeiro passo para a determinação do estado de saúde do paciente. Consiste na coleta de informações referentes ao estado de saúde do cliente, família e/ou comunidade, com o propósito de identificar as necessidades, problemas, preocupações e reações humanas deste cliente.

Portanto, torna-se imprescindível que as informações coletadas sejam as mais precisas e fidedignas possíveis, para que desta forma o perfil de saúde ou de doença do cliente seja estabelecido.

Para Alfaro-LeFreve (2000, p.53-89), existem cinco passos que podem ajudar o enfermeiro a realizar uma investigação sistemática e ordenada, descritos a seguir.

1- Coleta de dados

Os dados referentes ao estado de saúde do cliente são investigados de forma direta ou indireta. Os dados diretos são aqueles colhidos diretamente do paciente, através da anamnese e do exame físico. Os dados indiretos são aqueles obtidos por outras fontes como, por exemplo, familiares ou amigos, prontuários de saúde, registros de outros profissionais da equipe interdisciplinar, resultados de exames laboratoriais, entre outras fontes. Os dados são classificados em duas categorias: objetivos (o que é observável) e subjetivos (o que a pessoa afirma). Estes dados agem são indicações que permitem um julgamento ou inferência sobre a existência ou não de um problema.

2- Validação dos dados

O enfermeiro deverá comprovar se os dados colhidos estão corretos comparando-os com valores normais ou padrões, ou seja, verificar se a informação colhida é factual e completa, com o intuito de evitar erros na identificação dos problemas ou deixar de coletar dados importantes, não fazer presunções, entre outros aspectos.

3- Agrupamento dos dados

Os dados da situação de saúde do cliente devem ser agrupados em conjuntos de informações relacionadas, mantendo o enfoque de enfermagem e aproximando os padrões de resposta humana e funcionamento. O agrupamento de dados é um princípio do pensamento crítico exigindo do enfermeiro a realização de julgamentos baseados em evidências.

Várias instituições têm padronizado o uso de Instrumentos investigativos para o registro e organização das informações coletadas. Estes Instrumentos devem ser elaborados para se obter informações específicas e relevantes em relação ao paciente, numa visão holística, garantindo que as esferas biológicas, sociais, psicológicas e espirituais deste ser humano sejam consideradas.

4- Identificação de padrões

O enfermeiro deverá identificar impressões iniciais dos padrões de funcionamento humano e decidir sobre o que é relevante, direcionando a investigação para a aquisição de maiores informações, ou seja, procurando os fatores contribuintes para a criação do padrão.

Por exemplo: ao perceber que o paciente apresenta um problema respiratório, o enfermeiro infere sobre quais possíveis características definidoras (sinais e sintomas) podem estar contribuindo para que este padrão esteja ocorrendo: acúmulo de secreções, atelectasias, obstrução de vias aéreas.

5- Comunicação e registro de dados

Os dados significativos (ou anormais) devem ser comunicados, assegurando que os outros membros da equipe interdisciplinar tenham conhecimento da situação do paciente e garantindo a detecção precoce dos seus problemas.

O registro dos dados promove a continuidade da assistência, a exatidão das anotações e o pensamento crítico, uma vez que o enfermeiro poderá realizar uma avaliação do registro de suas informações e com isso analisar os dados colhidos e aprofundar em seus conhecimentos.

Para sintetizar os cinco passos da fase de Investigação propostos por Alfaro-LeFreve (2000, p.53-89), elaboramos um diagrama (FIG. 1).

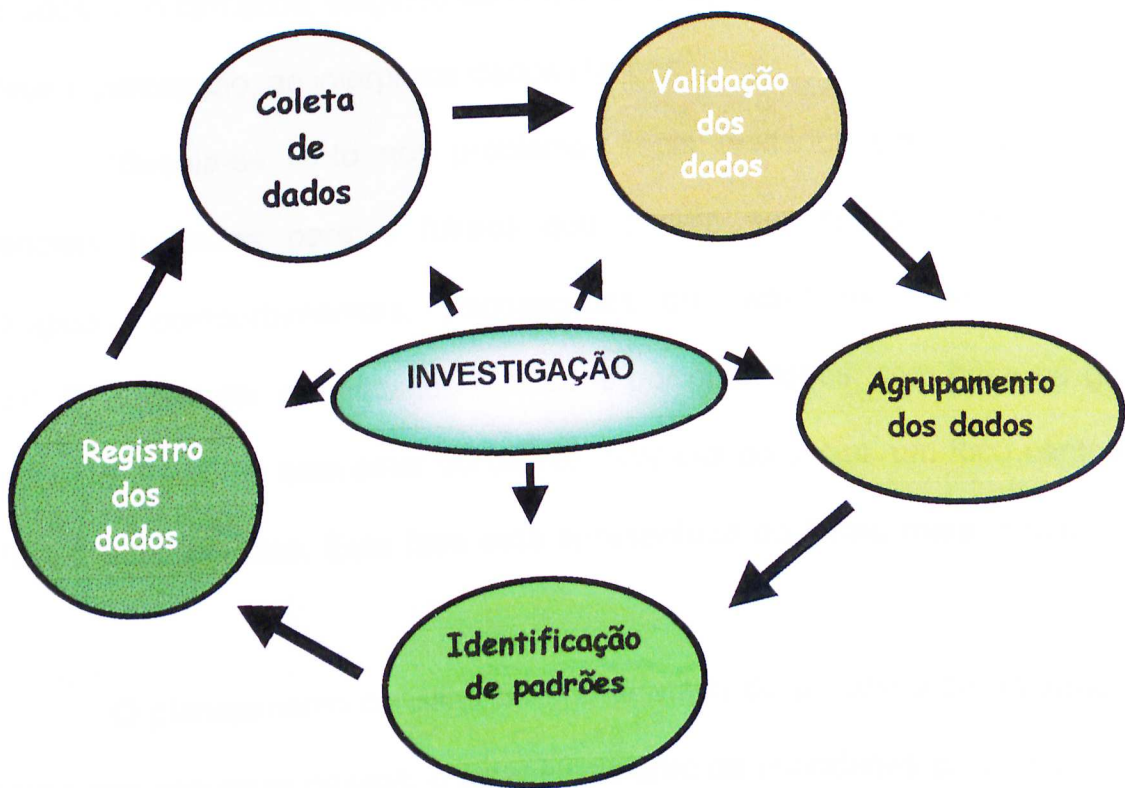


FIGURA 1- Diagrama dos cinco passos da fase de Investigação.

A organização dos dados é essencial para a interpretação dos mesmos e processamento apto de inferências e julgamentos. Desta forma, o enfermeiro estará mais bem estruturado para determinar o diagnóstico de enfermagem que consiste na etapa seguinte do processo de enfermagem, portanto uma avaliação insuficiente ou

incorreta pode levar a um diagnóstico de enfermagem também incorreto, resultando em prescrição e evolução errôneas.

O diagnóstico de enfermagem constitui a segunda fase do processo de enfermagem (CARPENITO, 1997, p.29). Durante esta etapa, os dados coletados na Investigação são analisados e interpretados criteriosamente. Tal diagnóstico é considerado como o resultado das observações do Enfermeiro, com base nos dados avaliados e confirmados, exigindo do enfermeiro capacidade de análise, julgamento, síntese e percepção, ao interpretar dados clínicos.

“Baseia-se tanto nos problemas reais (voltados para o presente) ou potenciais (voltados para o futuro) que podem ser sintomas de disfunções fisiológicas, comportamentais, psicossociais ou espirituais (CARPENITO, 1997, p.35)”. E, devem ser identificados e listados por prioridades, com base no grau de ameaças ao nível de bem-estar do cliente, propiciando assim, um foco central para as fases subseqüentes. Esta fase está apresentada de forma mais ampla no item 2.2.

O planejamento constitui a terceira etapa do processo de enfermagem e consiste nos seguintes passos: o estabelecimento de prioridades para os problemas diagnósticos; a fixação de resultados com o cliente, se possível, de modo a corrigir, minimizar ou prevenir os problemas; o registro escrito de diagnósticos de enfermagem, resultados esperados e intervenções (prescrição) de enfermagem de modo organizado (ALFARO-LEFREVE, 2000; IYER; TAPTICH; BERNOCCHI-LOSEY, 1993).

Para Bachion (2002, p.42) o planejamento da assistência de enfermagem consiste em um plano de ações, para alcançar determinadas metas (resultados) e objetivos em relação a um diagnóstico de enfermagem.

Segundo Alfaro-Lefreve (2000, p.131), existem três componentes fundamentais em um plano de cuidados:

1. **Diagnósticos de enfermagem:** o enfermeiro deverá definir quais problemas serão tratados e priorizá-los;
2. **Resultados esperados:** quais os resultados o enfermeiro espera alcançar para o seu paciente e em que prazo irá obtê-los?
3. **Intervenções:** que condutas serão prescritas para alcançar estes resultados?

Operacionalmente, o planejamento inicia pela priorização dos diagnósticos de enfermagem que foram estabelecidos, ou seja, o enfermeiro e equipe analisam e determinam quais problemas ou necessidades do paciente são urgentes e precisam de atendimento imediato e aqueles cujo atendimento poderá ser a médio ou a longo prazo. Os problemas urgentes são aqueles que interferem na estabilidade do paciente, levando-o a apresentar risco de morte. Quando possível, o paciente deverá ser envolvido na discussão das prioridades de seus problemas.

Os resultados esperados (também entendidos como metas ou objetivos comportamentais) constituem um componente essencial na fase de planejamento, uma vez que auxiliam o enfermeiro a definir se a reação identificada no enunciado do diagnóstico de enfermagem foi evitada, alterada ou solucionada, ou seja, se as intervenções propostas foram eficazes. Portanto, os resultados esperados são de

extrema importância na fase de avaliação do processo de enfermagem tornando-se indicadores do sucesso do plano determinado.

“Os resultados devem estar relacionados com a reação humana identificada no enunciado do diagnóstico; ser centrados no cliente e não no enfermeiro; ser claros e concisos; descrever um comportamento mensurável; ser realistas (atingíveis) e determinados em conjunto com o paciente e apresentar um limite de tempo (IYER; TAPTICH; BERNOCCHI-LOSEY, 1993, p.116)”. O exemplo que se segue ilustra a elaboração de um resultado esperado.

No caso do diagnóstico de enfermagem da Nanda: **Integridade da pele prejudicada** relacionada à imobilização física e circulação alterada evidenciada por ferida com área de solapamento (8 cm) na região trocantérica direita.

O enfermeiro deverá observar a primeira metade do enunciado do diagnóstico (título), ou seja, **Integridade da pele prejudicada** e perguntar-se: que resultado se espera que o paciente alcance? Para que o resultado seja centrado no cliente e não no enfermeiro, sugerimos que o mesmo seja escrito pensando-se na frase: “**O paciente irá...**” A resposta poderia ser: **(o paciente irá...) “restabelecer a integridade da pele”**.

E para que este se torne mensurável e observável, ou seja, se torne um critério de resultado, deve-se estabelecer o prazo (período) em que se espera que a meta seja alcançada: **(O paciente irá...) “restabelecer a integridade da pele em 30 dias”**.

Segundo Stanton, Paul e Reeves (1993, p.31), “os limites de tempo devem ser precisos para fins de avaliação, embora não devam ser rígidos a ponto de

as mudanças não poderem ser realizadas com base na reavaliação das prioridades e resultados necessários”.

Após a determinação dos resultados esperados, o enfermeiro deverá estabelecer as intervenções de enfermagem que serão realizadas para alcançar tais resultados.

As intervenções (ações) se baseiam no fator relacionado e características definidoras identificados no enunciado do diagnóstico de enfermagem, portanto as atividades de enfermagem definirão os cuidados necessários para eliminar os fatores que irão contribuir no aparecimento da reação humana.

Para Alfaro-Lefreve (2000, p.148), “as intervenções de enfermagem são ações realizadas e documentadas pelo enfermeiro, visando monitorar o estado de saúde, minimizar riscos, resolver ou controlar um problema, auxiliar nas atividades da vida diária e promover a saúde”. A mesma autora acrescenta que as prescrições de enfermagem devem incluir a data em que a prescrição foi redigida, a ação a ser realizada (verbo no infinitivo), quem deve realizá-la e conter a frase descritiva (como, quando, onde, com que frequência, por quanto tempo ou quanto?) e assinatura do enfermeiro responsável por sua confecção.

Segundo Carpenito (1999, p.26) “os enfermeiros não prescrevem ou tratam as condições médicas e sim, prescrevem as reações destas condições que correspondem a complicações fisiológicas”.

Iyer, Taptich e Bernocchi-Losey (1993, p.12) estabelecem que as intervenções de enfermagem podem ser dependentes, interdependentes ou independentes. Intervenção dependente é a ação concluída segundo ordem médica, mas que requer julgamento ou tomada de decisão da enfermagem. As

independentes são aquelas que podem resolver os problema do cliente, sem consulta ou colaboração médica. As ações realizadas com a participação mútua e colaboração de outros membros da equipe de saúde, são consideradas interdependentes.

Para exemplificar o planejamento de intervenções relacionadas ao referido diagnóstico, elaboramos um modelo de prescrição de enfermagem (FIG. 2).

D.E: Integridade da pele prejudicada, relacionada à imobilização física e circulação alterada, evidenciada por ferida com área de solapamento (8 cm) na região trocantérica D.	
Resultado Esperado: Restabelecer a integridade da pele em 30 dias.	
Prescrição	Horário
1. Mudar decúbito 2/2 horas, evitando o decúbito lateral D. (Técnico de enfermagem).	2- 4- 6- 8- 10-12- 14 16- 18- 20- 22- 24
2. Colocar colchão caixa de ovo, hoje (Técnico de enf).	8:00 hs
3. Colocar placa de hidrocolóide em regiões trocantérica E e sacral, hoje (Enfermeiro).	8:00 hs
4. Avaliar o curativo de hidrocolóide diariamente, trocando-o <i>sempre que necessário</i> (Enfermeiro).	
5. Fazer curativo em lesão trocantérica D com SF 0,9% e alginato de cálcio, ocluindo-o com gaze e filme transparente, hoje (Enfermeiro).	8:00 hs

FIGURA 2- Prescrição de enfermagem relacionada ao diagnóstico de enfermagem Integridade da pele prejudicada.

Para Stanton, Paul e Reeves (1993, p.32), a implementação constitui a quarta fase no processo de enfermagem e é tida como as ações necessárias à

consecução dos resultados esperados, definidos durante o estágio de planejamento envolvendo também a comunicação do plano de cuidados a todos os participantes do atendimento ao cliente.

Da mesma forma que no planejamento os diagnósticos de enfermagem são priorizados; a enfermagem também prioriza a ordem de execução das ações.

Bachion (2002, p.47) acrescenta que as ações implementadas referem-se tanto a atividades autônomas e independentes que o enfermeiro selecionou e prescreveu como cuidados prescritos por outra categoria de profissionais.

Alfaro-Lefreve (2000, p.191) diz que o enfermeiro ao colocar em prática um plano de cuidados, deverá estar constantemente investigando e reinvestigando, tanto as respostas do paciente quanto o seu próprio desempenho, pois o ser humano é imprevisível e precisa ser monitorizado cuidadosamente.

A avaliação ou evolução é a quinta fase do processo de enfermagem e pode ser concebida levando-se em conta a estrutura, o processo e o resultado. A avaliação de estrutura está relacionada à adequação dos recursos físicos e materiais, bem como, aos modelos de organização. A avaliação de processo centraliza seu foco nas atividades do enfermeiro, que são observadas e julgadas. E a evolução baseada em mudanças comportamentais é denominada avaliação de resultados (STANTON; PAUL; REEVES, 1993, p.35).

Portanto, a avaliação de enfermagem consiste na ação de acompanhar as respostas do paciente aos cuidados prescritos, através das anotações no prontuário ou locais próprios, da observação direta de sua resposta à terapia proposta, bem como de seu relato. Ou seja, a enfermeira avalia o progresso do paciente, institui

medidas corretivas e revisa o plano de cuidados (prescrição de enfermagem), se necessário.

“A avaliação cuidadosa, deliberada e detalhada de vários aspectos do atendimento ao paciente, é a chave para a excelência no fornecimento do atendimento de saúde (ALFARO-LEFREVE, 2000, p.201)”.

Embora considerada a fase final, a evolução não conclui o processo, pois deve levar à reavaliação, que resulta em reiniciar o mesmo (STANTON; PAUL; REEVES, 1993, p.34).

A adequação do planejamento, implementação e avaliação da assistência de enfermagem dependem: da fidedignidade dos dados que foram coletados; da acurácia dos diagnósticos de enfermagem identificados; da experiência clínica e do nível de conhecimento do enfermeiro, dos recursos físicos, materiais e humanos disponíveis (BACHION, 2002, p.42).

Jesus (2002, p.15), afirma que “atualmente a ênfase maior com relação ao Processo de Enfermagem é dada à segunda etapa, ou seja, aos Diagnósticos de Enfermagem”.

Acreditamos que o profissional enfermeiro deverá apresentar, no mínimo, duas competências ao determinar um diagnóstico de enfermagem, a primeira diz respeito à habilidade para prescrever e executar o cuidado de enfermagem, a outra de avaliar as intervenções que foram prescritas e executadas.

Ainda hoje encontramos muitas dificuldades na operacionalização da SAE no Brasil, apesar de todas as influências de transformações históricas e sociais sofridas pelo planejamento da assistência.

Segundo Rossi e Carvalho (2002, p.21), “continuamos com os mesmos fatores intervenientes à implementação da SAE que aqueles há 20 anos, apesar de

muitas coisas terem mudado neste período”. Algumas das dificuldades citadas pelas autoras são: “faltam recursos, faltam políticas institucionais que favoreçam a implementação do processo de enfermagem, falta tempo para os enfermeiros, falta consenso entre os docentes responsáveis pelo ensino”.

Para Bachion (2002, p.41) “a enfermagem brasileira encontra-se inserida em um contexto adverso à qualidade de seu trabalho, porém, se ficarmos esperando o momento certo, as condições favoráveis e o recurso necessário, estaremos arriscados a nos deixar levar pela direção dos ventos”.

A FIG. 3 mostra uma representação esquemática das fases do Processo de Enfermagem.

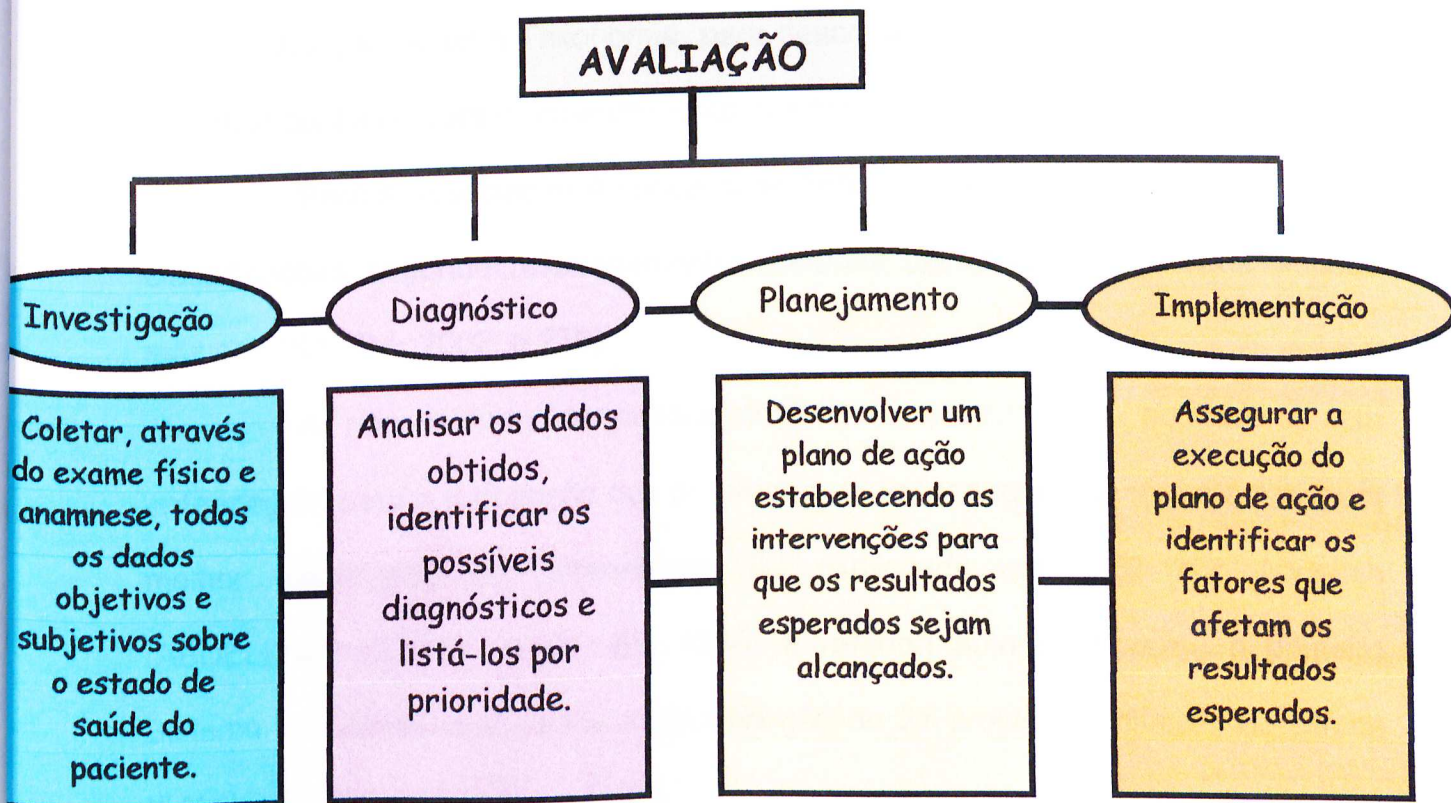


FIGURA 3- Representação esquemática das fases do Processo de Enfermagem.

2.2- Diagnósticos de Enfermagem (D.E.)

Blegen e Reimer (1997) dizem que "Taxonomias ou Sistemas de Classificação são conhecimentos estruturados nos quais os elementos substantivos de uma disciplina são organizados em grupos ou classes com base em suas similaridades (apud NÓBREGA; GUTIERREZ, 2000, p.25)".

Rasch (1987) acrescenta que "envolve a formação de conceitos e a inter-relação desses conceitos, por isso é considerado um processo teórico (apud NÓBREGA; GUTIERREZ, 2000, p.27)".

Carpenito (1997, p.27) diz que "a enfermagem necessita de um Sistema de Classificação ou uma Taxonomia, para descrever e desenvolver um fundamento científico confiável para o preenchimento dos critérios de profissionalização".

Para a Associação Americana de Enfermeiras (ANA) "as Taxonomias são classificações segundo relacionamentos naturais presumidos entre tipos e seus subtipos (NANDA, 2002, p.273)".

A necessidade de conscientizar os profissionais e educadores em enfermagem para a percepção dos problemas de enfermagem, de forma a fazer um melhor diagnóstico de enfermagem foi explicitada em 1957 por Abdellah (ABDELLAH, 1957, p. 4-23). Em 1960, a referida autora introduziu o primeiro Sistema de Classificação para a identificação de 21 problemas clínicos do cliente (FALCO, 2000, p.119-130).

Esse e outros sistemas estimularam o ensino do método de solução de problemas nas escolas de enfermagem, enfatizando a importância do rigor metodológico na coleta e análise dos dados do cliente e focando o mesmo em

oposição ao foco do desenvolvimento de tarefas que predominavam na enfermagem desde o início do século XX.

Em 1966, Virgínia Henderson elaborou a lista das 14 necessidades humanas básicas, cujo objetivo foi o de descrever os cuidados que o paciente necessita sem depender do diagnóstico e do tratamento do médico. Esta lista representa as áreas nas quais os problemas reais ou potenciais podem ocorrer e a enfermagem pode atuar (FURUKAWA; HOWE, 2000, p.62).

Para muitos autores, Abdellah e Henderson foram precursoras de outros Sistemas de Classificação (Taxonomias) na enfermagem e mudaram o enfoque da profissão que passou a se preocupar com a identificação dos problemas dos pacientes e, posteriormente com os diagnósticos de enfermagem (CARVALHO; GARCIA, 2002; NÓBREGA; GUTIERREZ, 2000)

Em 1973, um grupo de enfermeiras norte-americanas, reconheceu a necessidade de desenvolver uma terminologia para descrever os problemas de saúde, diagnosticados e tratados com mais frequência por profissionais da enfermagem. Foi realizada então, na St. Louis University School of Nursing, a “Primeira Conferência Nacional sobre a Classificação de Diagnósticos de Enfermagem” (CRUZ, 1994, p.4).

A primeira listagem de diagnósticos foi desenvolvida por enfermeiros assistenciais, educadores, pesquisadores e teóricos (CARPENITO, 1997, p.29). Os diagnósticos foram organizados em ordem alfabética e posteriormente evoluíram para um sistema conceptual que direcionou a classificação dos diagnósticos em Taxonomia (CHIANCA, 2002, p.52).

Em 1982, o grupo adotou um regimento interno e foi criada a North American Nursing Diagnosis Association –NANDA (CRUZ, 1994; JESUS, 2002).

Nessa conferência, foi proposta a primeira Classificação de diagnósticos de enfermagem que foi denominada Taxonomia I, cujos princípios de organização foram baseados nos Nove Padrões de Resposta da Pessoa Humana que eram: Trocar, Comunicar, Relacionar, Valorizar, Escolher, Mover, Perceber, Conhecer, Sentir (CARPENITO, 1997; CHIANCA, 2002).

Com a 14ª Conferência da NANDA, ocorrida em Abril de 2000, houve modificações na forma de organização e apresentação dos diagnósticos de enfermagem, sendo proposta a Taxonomia II, que foi projetada para ser multiaxial na sua forma, aumentando a flexibilidade da nomenclatura e permitindo realizar acréscimos e modificações, tornando-se mais adequada para a utilização em banco de dados (NANDA, 2002, p.239). A estrutura atual contém sete eixos ou dimensões da resposta humana que devem ser considerados no processo diagnóstico, sendo eles:

Eixo 1: O conceito diagnóstico.

Eixo 2: Tempo (de agudo a crônico, curta duração, longa duração);

Eixo 3: Unidade de cuidado (indivíduo, família, comunidade, grupo-alvo);

Eixo 4: Idade (de feto a idoso);

Eixo 5: Potencialidade (real, risco para, oportunidade ou potencial para crescimento/aumento);

Eixo 6: Descritor (limita ou especifica o significado do conceito diagnóstico)

Eixo 7: Topologia (partes/regiões do corpo).

Nessa estrutura multiaxial são organizados e aprovados 155 diagnósticos de enfermagem distribuídos em 13 domínios e 46 classes (NANDA, 2002, p.236).

A FIG.4 apresenta um diagrama elaborado pela autora, ilustrando os domínios em que são distribuídos os diagnósticos de enfermagem, segundo a NANDA.

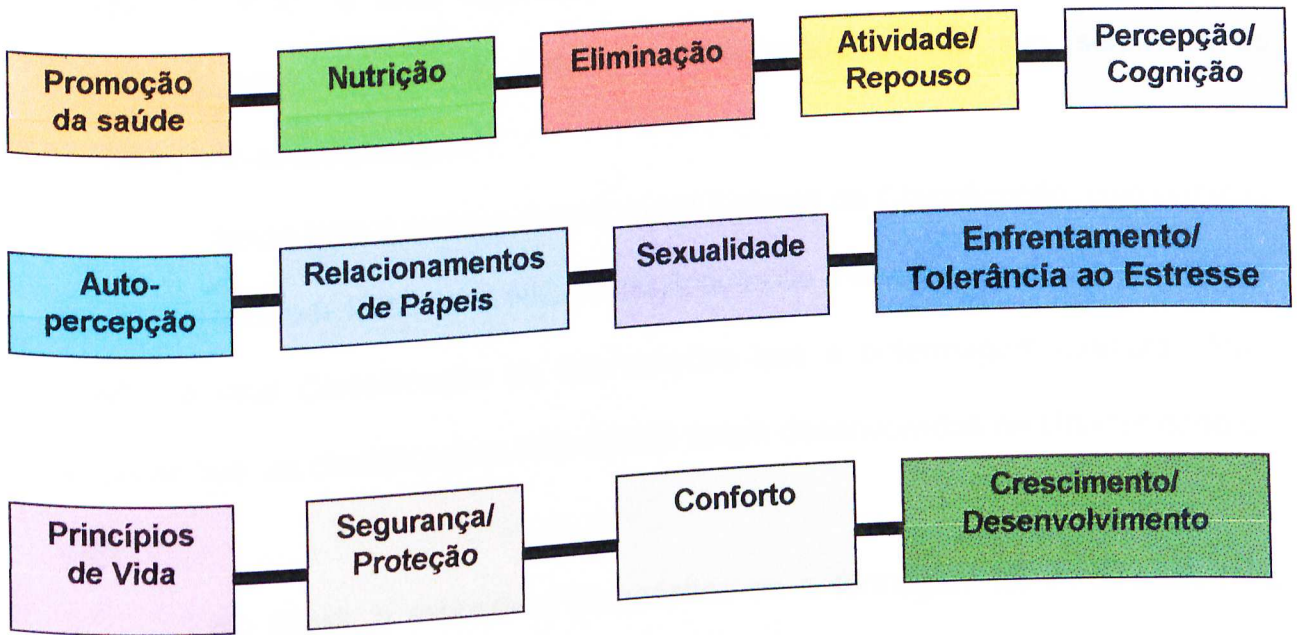


FIGURA 4- Domínios em que são distribuídos os diagnósticos de enfermagem.

Fonte: NANDA (2002, p.237).

“A Taxonomia da NANDA atualmente é o Sistema de Classificação mais usado no mundo, sendo traduzido para 17 línguas (33 países) e estando incorporado em alguns sistemas de informática desses países. Suas conferências acontecem a cada dois anos, quando em plenária geral, são discutidos e aprovados os diagnósticos e componentes que integrarão a Taxonomia revisada (DOENGES; MOORHOUSE, 1999, p.12)”.

Segundo Chianca (2002, p.55-57), atualmente existem Classificações que podem ser utilizadas para sistematizar a assistência de enfermagem brasileira. No entanto, nos EUA, essas Classificações vêm se desenvolvendo há mais tempo. Podemos citar, a Classificação de Resultados de Enfermagem "NOC" (Nursing Outcomes Classification), cuja primeira edição foi publicada em 1997 nos Estados Unidos. A NOC "é uma organização sistemática (taxonômica) dos resultados esperados para o paciente, família e comunidade e que são sensíveis às intervenções de enfermagem".

Ainda para a mesma autora, outro Sistema de Classificação, cuja primeira edição ocorreu em 1992, foi a NIC (Classificação de Intervenções de Enfermagem). A NIC "é uma Classificação de intervenções que a enfermagem executa". Vale ressaltar que, as classificações NIC e NOC foram desenvolvidas na Universidade de Iowa.

No Brasil, a expressão Diagnóstico de enfermagem foi introduzida pela Dr^a Wanda Horta, na década de 60, e constituiu-se em uma das etapas do processo de enfermagem proposta por esta autora (HORTA, 1979, p.35).

Os estudos sobre SAE no Brasil mereceram destaque somente no final da década de 80, uma vez que o Decreto-lei nº 94406/87, que regulamenta o Exercício Profissional da Enfermagem no país, definiu como atividades privativas do enfermeiro, entre outras, a elaboração da prescrição de enfermagem (BRASIL, 1986, p. 9274).

Na literatura da década de 80, observa-se vários relatos de tentativas de operacionalização da SAE em instituições hospitalares e algumas universidades brasileiras inseriram o tema de diagnósticos de enfermagem em seus currículos de

pós-graduação, iniciando a utilização da terminologia dos diagnósticos de enfermagem da Nanda.

Recentemente no Brasil, a Resolução do COFEN-272/2002 (COFEN 2002, p.81-83) incumbe ao enfermeiro privativamente:

Artigo 1º- A implantação, planejamento, organização, execução e avaliação do processo de enfermagem.

Artigo 2º - A Sistematização da Assistência de Enfermagem deverá ocorrer em toda instituição da saúde, pública e privada.

Artigo 3º - A Sistematização da Assistência de Enfermagem deverá ser registrada formalmente no prontuário do paciente.

Diante dessa resolução, tem-se observado um interesse maior por parte dos enfermeiros quanto à implementação de uma metodologia de assistência.

Para o International Council of Nursing (ICN, 1999), "os fenômenos de interesse particular para a enfermagem são as respostas de indivíduos, famílias e coletividades humanas a problemas de saúde reais ou potenciais, independente do ambiente em que o cuidado de enfermagem seja realizado (apud CARVALHO; GARCIA, 2002, p.29)".

A necessidade de julgar quais respostas dessa clientela demandam o cuidado profissional de enfermagem nos reporta à adoção de uma metodologia assistencial e, portanto, ao Processo de Enfermagem, em cujo âmbito se situa o diagnóstico de enfermagem (CARVALHO; GARCIA, 2002, p.29).

O termo diagnóstico surge na literatura norte-americana com McManus em 1950, que ao descrever as funções de responsabilidade do enfermeiro, incluía a identificação ou o diagnóstico de problemas de enfermagem (ABRÃO et al.,1997;

CRUZ, 1994). Porém, Fry, em 1953, acrescentou a palavra “enfermagem” ao termo diagnóstico e propõe uma abordagem profissional com a formulação de diagnósticos de enfermagem e o desenvolvimento de planos de cuidados individualizados (CARPENITO, 1997; CRUZ, 1994).

Segundo o dicionário Webster (1991, p.379) o vocábulo diagnóstico deriva da palavra grega dia (através) + gignoskein (conhecimento), tendo dois significados, um relativo ao processo e outro ao resultado ou produto. Com relação ao processo, tal vocábulo diz respeito ao ato de decidir a natureza de uma condição através de exame e análise de seus atributos. E, referindo-se ao produto da atividade diagnóstica é a decisão ou opinião resultante do exame e análise de um problema.

Para a NANDA (2002, p.271), “os diagnósticos de enfermagem são julgamentos clínicos sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde reais ou potenciais, proporcionando as bases para as seleções de intervenções de enfermagem para atingir resultados pelos quais a enfermeira é responsável”.

Para Carpenito (1997, p.29), o termo diagnóstico de enfermagem tem sido usado em três contextos, como:

1. o segundo passo do Processo de Enfermagem;
2. uma lista de categorias ou títulos diagnósticos;
3. uma afirmativa redigida em duas ou três partes.

“Os diagnósticos de enfermagem são provenientes das inferências dos enfermeiros com base nos dados investigados e validados em conjunto com

conceitos e as teorias científicas e humanísticas de enfermagem (PAUL; REEVES, 2000, p.23)”.

Segundo Carpenito (1997, p.29), “o diagnóstico de enfermagem é uma afirmativa que descreve um tipo específico de problema ou de resposta que o enfermeiro identifica”.

Para Stanton, Paul e Reeves (1993, p.28), “os diagnósticos de enfermagem são definidos como a identificação das respostas humanas e são elaborados após chegar-se a conclusões ou decisões, baseadas na análise destes dados”.

Identificados e reconhecidos os indicadores ou sinais reais (atuais) ou potenciais (de risco) de um dado cliente, o enfermeiro deverá interpretá-los e agrupá-los, elaborar hipóteses diagnósticas e determinar o conceito diagnóstico que melhor retrata este agrupamento.

Para a NANDA (2002, p.272), os componentes estruturais dos diagnósticos de enfermagem são:

1. **Título:** estabelece um nome para o diagnóstico. É um termo ou frase concisa que representa um padrão de sugestões. Diz o que é.

As categorias diagnósticas ou títulos diagnósticos são descritores concisos de um agrupamento de sinais e sintomas (CARPENITO, 1997, p.29).

Inclui a reação da pessoa avaliada durante a fase do histórico do processo de enfermagem e determina os resultados esperados na prevenção, minimização ou alívio do problema de saúde do cliente (IYER; TAPTICH; BERNOCCHI-LOSEY, 1993, p.83). **Exemplo: Integridade da Pele Prejudicada** relacionada à imobilização

física e circulação alterada, evidenciada por ferida com área de solapamento (8 cm), na região trocantérica.

2. **Fatores Relacionados:** fatores que aparecem para mostrar algum tipo de relacionamento padronizado com o diagnóstico de enfermagem. Podem ser descritos como antecedentes a, relacionados a, associados a, contribuintes para, ou estimuladores.

São a etiologia do “problema” e podem ser de natureza fisiológica, psicológica, socioculturais, ambientais e espirituais. Estes sugerem as intervenções que podem ser apropriadas ao manejo dos cuidados do cliente (IYER; TAPTICH; BERNOCCHI-LOSEY, 1993, p.80).

Exemplo: Integridade da Pele Prejudicada **relacionada à imobilização física e circulação alterada**, evidenciada por ferida com área de solapamento (8 cm), na região trocantérica.

3. **Características definidoras:** sugestões/inferências observáveis que se agrupam como manifestações de um diagnóstico de enfermagem real ou de bem-estar. São os sinais e os sintomas. É a evidência que levou a concluir que o problema existe. Podem ser descritas como “evidenciados por” ou “caracterizados por”.

Exemplo: Integridade da Pele Prejudicada relacionada imobilização física e circulação alterada **evidenciada por ferida com área de solapamento (8 cm) na região trocantérica.**

4. **Fatores de risco:** fatores ambientais e elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos ou químicos, que aumentam a vulnerabilidade de um indivíduo, família ou comunidade a um evento insalubre.
5. **Definição:** estabelece uma descrição clara e precisa; delinea significado do problema e ajuda a diferenciá-lo de diagnósticos similares.

Ainda segundo a NANDA (2002, p.271) os diagnósticos de enfermagem podem ser:

- **Diagnóstico de enfermagem real:** descreve respostas humanas às condições de saúde/processos vitais que existem, de fato, em um indivíduo, família ou comunidade, no momento presente. É sustentado pelas características definidoras (manifestações, sinais e sintomas) que se agrupam em padrões de sugestões ou inferências relacionadas.

Exemplo: Integridade da Pele Prejudicada relacionada à imobilização física e circulação alterada, evidenciada por ferida com área de solapamento (8 cm), na região trocantérica.

- **Diagnóstico de enfermagem de risco:** descreve respostas humanas às condições de saúde que podem desenvolver-se em um indivíduo, família ou comunidade vulneráveis. É sustentado por fatores de risco que contribuem para uma vulnerabilidade aumentada.

Segundo Alfaro-Lefreve (2000, p.115), os diagnósticos de risco não listam características definidoras, pois são aqueles em que há somente o risco para o desenvolvimento. Não existem sinais e sintomas evidentes.

Exemplo: Risco para Integridade da Pele Prejudicada relacionada à imobilização física e circulação alterada.

- **Diagnóstico de enfermagem de bem-estar:** descreve respostas humanas a níveis de bem-estar em um indivíduo, família ou comunidade que têm potencial de aumento para um estado mais alto.

Exemplo: Controle eficaz do regime terapêutico relacionado a (ainda não foram desenvolvidos), evidenciado por desejo expresso de controlar o tratamento da doença, sua progressão e seqüelas.

A partir das informações específicas levantadas na Investigação, “pode ser formulado um diagnóstico individualizado do paciente, utilizando-se o formato do problema, etiologia, sinais e sintomas (PES) para uma representação precisa da situação deste cliente (DOENGES; MOORHOUSE, 1999, p.22)”.

Portanto, torna-se necessário que o enfermeiro identifique os problemas de saúde a partir de características definidoras (sinais e sintomas) que o subsidiem, e relacione o diagnóstico aos fatores causais, tornando-se também apto a reconhecer as situações que aumentam a vulnerabilidade do cliente.

Para Doenges e Moorhouse (1999, p.12), “o uso dos Diagnósticos de Enfermagem oferece aos enfermeiros uma linguagem comum para a identificação

dos problemas do paciente e os auxilia na escolha das intervenções de enfermagem, bem como na avaliação das mesmas”.

Um sistema unificado de termos estabelece uma linguagem comum que auxilia os enfermeiros na avaliação dos dados selecionados, na identificação dos problemas potenciais ou reais do cliente e, na sua descrição. A consistência da terminologia torna a comunicação oral e escrita mais eficiente. Além disso, a identificação da prática da enfermagem aumenta a responsabilidade dos enfermeiros ao avaliarem os clientes, determinarem os diagnósticos e proporcionarem as intervenções adequadas. O conhecimento da responsabilidade exclusiva da enfermagem estimula a aquisição de novos conhecimentos e habilidades na intervenção para a solução destes problemas (CARPENITO, 1997, p.27).

A prática reflexiva habilita o enfermeiro a rever seus conceitos, seus julgamentos e suas ações, levando-o a mudanças na atividade clínica.

Os diagnósticos de enfermagem da Nanda são extremamente úteis para a realização das atividades práticas e clínicas dos enfermeiros e contribuem para a SAE, uma vez que permitem a identificação destes problemas reais ou potenciais do cliente visando o restabelecimento e a promoção de sua saúde.

A fase de Diagnóstico de enfermagem representa um desafio para o enfermeiro a cada paciente, pois requer que este profissional tenha conhecimentos técnico-científicos atualizados, bem como pensamento crítico ao interpretar os dados colhidos no histórico e exame físico para que possa assumir a responsabilidade pelo tratamento que está propondo através da prescrição de enfermagem.

dos problemas do paciente e os auxilia na escolha das intervenções de enfermagem, bem como na avaliação das mesmas”.

Um sistema unificado de termos estabelece uma linguagem comum que auxilia os enfermeiros na avaliação dos dados selecionados na identificação dos problemas potenciais ou reais do cliente e na sua descrição. A consistência da terminologia torna a comunicação oral e escrita mais eficiente. Além disso, a identificação da prática da enfermagem aumenta a responsabilidade dos enfermeiros ao avaliarem os clientes, determinarem os diagnósticos e proporcionarem as intervenções adequadas. O conhecimento da responsabilidade exclusiva da enfermagem estimula a aquisição de novos conhecimentos e habilidades na intervenção para a solução destes problemas (CARPENITO, 1997, p.27).

A prática reflexiva habilita o enfermeiro a rever seus conceitos, seus julgamentos e suas ações, levando-o a mudanças na atividade clínica.

Os diagnósticos de enfermagem da Nanda são extremamente úteis para a realização das atividades práticas e clínicas dos enfermeiros e contribuem para a SAE, uma vez que permitem a identificação destes problemas reais ou potenciais do cliente visando o restabelecimento e a promoção de sua saúde.

A fase de Diagnóstico de enfermagem representa um desafio para o enfermeiro a cada paciente, pois requer que este profissional tenha conhecimentos técnico-científicos atualizados, bem como pensamento crítico ao interpretar os dados colhidos no histórico e exame físico para que possa assumir a responsabilidade pelo tratamento que está propondo através da prescrição de enfermagem.

LEI DO DIREITO AUTORAL

Todos os direitos reservados e protegidos
pela Lei 9.610/1998.

Este arquivo não pode ser reproduzido ou
transmitido sejam quais forem os meios
empregados: eletrônicos, mecânicos,
fotográficos ou quaisquer outros.

3 - METODOLOGIA

METODOLOGIA

3.1- Tipo de estudo

Uma pesquisa descritiva segundo Gil (1995, p.45), “tem como objetivo primordial à descrição das características de uma determinada população e fenômeno ou o estabelecimento de relação entre variáveis e, uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados”.

E ainda, para Polit e Hungler (1995, p.119), “a pesquisa descritiva é considerada não experimental e tem o propósito de observar, descrever e explorar aspectos de uma situação”.

Pesquisas exploratórias são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato (GIL, 1999, p.45).

O mesmo autor diz que, “estudos exploratórios têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, com vistas à formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores”.

Segundo Rouquayrol e Almeida Filho (1999, p.161), “o termo retrospectivo significa um retroposicionamento das causas e efeitos, combinados com uma análise diacrônica longitudinal das associações em estudo”.

Para Polit e Hungler (1995, p.119), estudos retrospectivos são investigações “ex post facto” (a partir do fato passado) onde, o pesquisador está

interessado em algum resultado e tenta esclarecer fatores antecedentes que o tenham causado.

Para os autores acima citados, este tipo de pesquisa costuma ser um meio eficiente e competente de coleta de grande quantidade de dados acerca de uma área problemática.

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e retrospectivo. Optamos por este tipo de estudo, pois o objetivo deste trabalho é analisar, retrospectivamente, o perfil diagnóstico de enfermagem admissional dos pacientes com Síndrome Coronariana Aguda, internados e assistidos através da SAE na UTI Coronariana, no período de agosto/2001 a agosto/2002, segundo a Taxonomia da Nanda, descrevendo e explorando aspectos ligados a tais diagnósticos, que representam um número significativo de dados, exigindo a utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados.

Fizemos uma abordagem do tipo aproximativa com o problema, visando subsidiar a reformulação do Instrumento para Histórico e Diagnóstico de Enfermagem, se necessário.

3.2- Local

O estudo foi realizado nas Unidades de Terapia Intensiva do Hospital Santa Casa de Belo Horizonte- MG, entidade de fins filantrópicos, onde são tratados, na sua grande maioria, clientes do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como clientes particulares, conveniados e usuários da Santa Casa Saúde (plano de saúde próprio).

A instituição é considerada um “Hospital Escola” para residência médica e campo de estágio para a enfermagem. Possui um complexo hospitalar com capacidade total de 1.450 leitos e um número de pessoal de aproximadamente de 3.800 funcionários.

Como parte integrante do Complexo Hospitalar Santa Casa destaca-se: o Hospital Central; o Hospital São Lucas; Maternidade Hilda Brandão; Instituto de Geriatria Afonso Pena, entre outros anexos.

O Hospital Central possui aproximadamente 1.200 leitos e é um dos maiores prestadores de serviços ao SUS, atendendo clientes em diversas especialidades clínicas e cirúrgicas tais como: cardiologia, neurologia, endocrinologia, obstetrícia, pediatria, entre outras.

As UTI's foram reestruturadas em 1998 e são constituídas por 3 unidades distintas: pós-operatória (9 leitos), clínica (9 leitos) e coronariana (11 leitos).

A partir de Março de 2000, todos os pacientes destas unidades foram assistidos através de uma metodologia da assistência de enfermagem que utiliza como marco referencial a teoria de Levine e no estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem a Classificação diagnóstica da Nanda. Desta data até agosto de 2002, foram assistidos 1970 pacientes através da metodologia em foco.

A equipe interdisciplinar das UTI's é composta por Gerente Administrativo, Enfermeiros, Médicos, Fisioterapeutas, Psicólogas, Nutricionista, Farmacêutico, Técnicos de Enfermagem, Auxiliares de Enfermagem, Secretários, Auxiliares de Limpeza, Técnicos de Farmácia.

O presente estudo foi realizado na Unidade Coronariana (11 leitos), onde são internados clientes com agravos clínicos e necessidades cirúrgicas e que

apresentam risco de morte por doença cardiovascular. A equipe de Enfermagem do campo de estudo era constituída por aproximadamente 35 profissionais, sendo 7 Enfermeiros, a maioria (5) com título de especialista em Terapia Intensiva e 28 Técnicos de Enfermagem .

3.3- População

A população deste estudo é constituída pelos Instrumentos para Histórico e Diagnóstico de Enfermagem dos pacientes clínicos com Síndrome Coronariana Aguda (SCA) internados na UTI Coronariana do Hospital campo de estudo, a partir de março de 2000, quando foi implantada a metodologia da assistência de enfermagem, a agosto de 2002.

Optamos em trabalhar com os Instrumentos para Histórico e Diagnóstico de Enfermagem de pacientes com SCA internados no período de agosto de 2001 a agosto de 2002, por considerarmos que a metodologia da assistência já estava melhor sedimentada nas unidades e os enfermeiros aptos na elaboração dos diagnósticos de enfermagem. Neste período citado, foram atendidos pela SAE na Unidade Coronariana, 336 pacientes com esta síndrome.

3.4- Amostra

A amostra foi definida aleatoriamente.

Optamos em trabalhar com 1/3 dos Instrumentos, ou seja, 112. Os Instrumentos foram numerados de 1 a 336 e a amostra foi selecionada iniciando com

o número 1 e excluindo os dois subseqüentes. Caso o Instrumento não atendesse aos critérios de inclusão estabelecidos, optava-se pelo número antecessor. Por exemplo: foi selecionado o nº 1, o próximo seria o nº 4, se este não atendesse aos critérios estabelecidos, optava-se pelo de nº 3. Somente um Instrumento apresentou esta situação.

Fizeram parte da amostra os Instrumentos para Histórico e Diagnósticos de Enfermagem dos pacientes:

- adultos acima de 20 anos;
- que apresentavam diagnósticos de enfermagem admissionais, ou seja, nas primeiras 24 horas da sua internação.

3.5- Instrumento para coleta de dados

Utilizamos como Instrumento uma ficha para coleta de dados elaborada e validada com vista a atender aos objetivos da pesquisa e identificação dos pacientes (Anexo A).

3.6- Coleta de dados

Os dados foram coletados diretamente do Instrumento para Histórico e Diagnóstico de Enfermagem (Anexo B) e registrados na ficha para coleta de dados, no período de abril de 2003 a julho de 2003.

3.7- Tratamento dos dados

Após a coleta, os dados foram tratados utilizando-se os recursos de informática (banco de dados) e os resultados foram apresentados em figuras, tabelas e quadro e analisados de acordo com a Taxonomia II da NANDA e também com a literatura específica da área.

3.8- Aspectos éticos

Foram considerados aspectos éticos relativos à pesquisa envolvendo seres humanos (Resolução 196/96-Anexo C). A realização da pesquisa foi autorizada pela diretoria da Instituição campo de estudo, Câmara do Departamento de Enfermagem Básica da EEUFMG e pelo Comitê de Ética em pesquisa da UFMG-COEP (parecer nº ETIC 139/03- Anexo D).

LEI DO DIREITO AUTORAL

Todos os direitos reservados e protegidos
pela Lei 9.610/1998.

Este arquivo não pode ser reproduzido ou
transmitido sejam quais forem os meios
empregados: eletrônicos, mecânicos,
fotográficos ou quaisquer outros.

4- RESULTADOS E DISCUSSÃO

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados estão apresentados na seguinte ordem:

- caracterização da população.
- diagnósticos de enfermagem admissionais identificados e formulados a partir de dados constantes nos Instrumentos para Histórico e Diagnóstico de Enfermagem.

4.1- Caracterização da população

A amostra foi composta por 112 Instrumentos para Histórico e Diagnóstico de Enfermagem referentes a pacientes com Síndrome Coronariana Aguda (SCA), correspondendo a 33,3% da população estudada. A caracterização dos pacientes está apresentada na FIG. 5., elaborada pela autora.

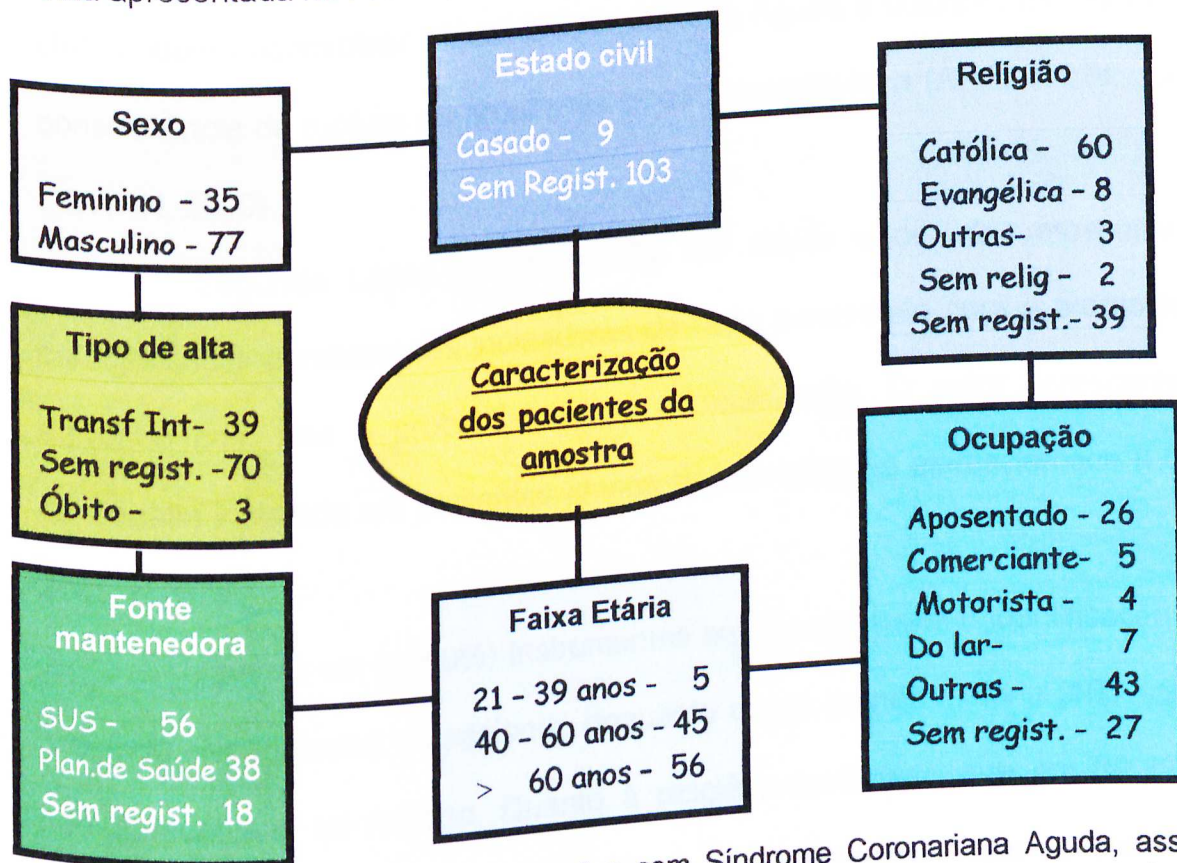


FIGURA 5- Caracterização dos pacientes com Síndrome Coronariana Aguda, assistidos através da Sistematização da Assistência de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana de um Hospital Filantrópico. Belo Horizonte 2001- 2002

Dos 112 pacientes cujos Instrumentos da amostra foram analisados, a maioria (77 - 68,7%), são do sexo masculino e, metade (56 - 50%), tinha idade superior a 60 anos.

Nossos resultados estão de acordo com a literatura, uma vez que a Síndrome Coronariana Aguda foi mais freqüente em pacientes com a idade avançada e do sexo masculino.

A idade avançada e o sexo são fatores para riscos irreversíveis de aterosclerose, ocorrendo com freqüência três vezes mais nos homens do que nas mulheres (SMELTZER; BARE, 1994, p.553).

Para o Suporte Básico de Vida (SBV), a taxa de mortalidade por Doença Arterial Coronariana (DAC), aumenta com a idade (AHA, 2002, p.49). Pacientes com DAC podem desenvolver Síndrome Coronariana Aguda a qualquer momento, como conseqüência da ruptura ou erosão da placa aterosclerótica (AHA, 2002a; JULIAN; COWAN, 2000).

Segundo López (2001, p.513), ser adulto e do sexo masculino são características consideradas indicadoras de risco aumentado para a aterosclerose, elevando com isso a probabilidade de coronariopatia. O autor acrescenta que cardiopatia instalada em pacientes idosos sugere etiologia aterosclerótica (LÓPEZ, 2001, p.287).

Apenas em 9 (8,0%) Instrumentos analisados, havia a identificação sobre o estado civil (casado) do paciente, enquanto que a grande maioria (103 - 91,9%) não apresentava tal registro. Quanto à religião, destaca-se que em 39 (34,8%) Instrumentos não continha tal informação, e dos Instrumentos que continham este registro (73), a maioria desses pacientes pertence a religião católica (60).

No que diz respeito à ocupação dos pacientes, também em 27 Instrumentos (24,1%) esta informação não foi encontrada. Nos registrados, destaca-se a categoria dos aposentados (26 – 30,5%) e os demais tinham as mais diversificadas ocupações.

Dentre os Instrumentos analisados, 18 não continham a informação referente à fonte mantenedora dos custos médico-hospitalares dos pacientes. Em 56 (59,5%), havia registros de que os pacientes pertenciam ao Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto que, 38 (40,4%) possuíam plano de saúde privado.

A maioria dos Instrumentos (70 - 62,5%), não continha a informação sobre o tipo de alta que o paciente recebia da UTI. Dentre os demais (42), a transferência do paciente foi interna (39 - 92,8%), ou seja, para outro setor do hospital e em 3 (7,1%) Instrumentos, havia registro de óbito.

Para Levine, o enfermeiro deve manter ou recuperar a Integridade Pessoal do paciente através do reconhecimento de sua singularidade e do senso de identidade. Todo indivíduo é definido pelo grupo social, étnico, religioso e familiar e é função do enfermeiro atuar no sentido de conservar a Integridade social deste cliente (LEONARD, 1993, p.166).

Observamos que informações importantes como estado civil, religião e ocupação, que irão auxiliar o profissional a reconhecer o indivíduo em sua totalidade e que estão relacionadas aos Princípios de Conservação das Integridades Pessoal e Social, não foram consideradas em mais de 24% dos Instrumentos analisados, sendo que no caso do estado civil, o percentual sem registro chegou a 91,9%.

A visão holística do paciente é fundamental para a aplicação da Teoria de Levine, uma vez que seus pressupostos básicos norteiam o ser humano como bio-

psico-social. "Um estado alterado de saúde não se restringe apenas ao desajuste do funcionamento fisiológico, mas pode ser entendido como uma alteração ou necessidade relacionada a qualquer um dos quatro princípios de conservação (LEONARD, 1993, p.167)".

A identificação dos pacientes com Síndrome Coronariana Aguda quanto à realização das intervenções invasivas de Cateterismo cardíaco (CAT) e/ou Angioplastia coronariana transluminal percutânea (ACTP), por sexo, está apresentada na FIG. 6, elaborada pela autora.

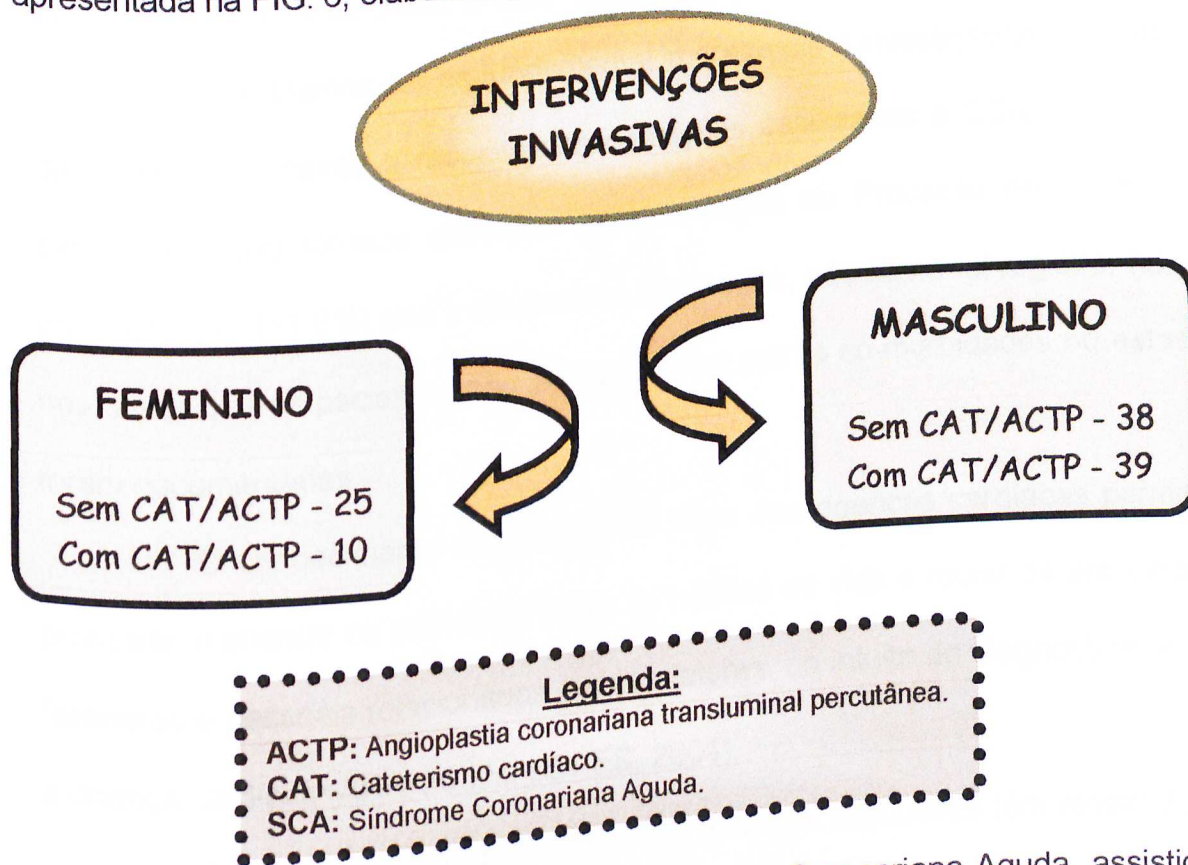


Figura 6- Distribuição dos pacientes com Síndrome Coronariana Aguda, assistidos através da Sistematização da Assistência de Enfermagem na UTI Coronariana de um Hospital Filantrópico, segundo o sexo e a realização das intervenções invasivas de Cateterismo e/ou Angioplastia. Belo Horizonte, 2001-2002

Observa-se que a grande maioria de mulheres (25 - 71,4%) não foi submetida às intervenções invasivas de cateterismo (CAT) e/ou angioplastia (ACTP). No total de 77 pacientes da população masculina, nota-se o contrário: 39 (50,6%) foram submetidos ao CAT e/ou ACTP.

Segundo o Suporte Avançado de Vida em Cardiologia (SAVC), pacientes com dor torácica devem ser avaliados como candidatos potenciais à terapia fibrinolítica (medicamentosa) ou Cateterismo cardíaco, com tratamento embasado em Angioplastia (AHA, 2002, p.123).

Acreditamos ser de fundamental importância a investigação minuciosa por parte dos enfermeiros a respeito das condições associadas a SCA, uma vez que esta informação fornece subsídios para as fases do Processo de Enfermagem, porém, em 13 (11,6%) dos Instrumentos analisados, não havia tal registro, fazendo-nos supor que os pacientes não apresentavam outras co-morbidades ou estas não foram documentadas.

O conhecimento dos fatores de risco das doenças cardíacas permite ao profissional orientar os pacientes sobre os hábitos de vida e reunir os antecedentes familiares e pessoais relacionados a estes fatores, no intuito de diagnosticar e tratar a doença cardíaca (AHA, 2002a; LOPES, 2001).

As pesquisas sobre as causas de doenças vasculares têm mostrado uma associação constante entre determinadas "condições" e condutas e o desenvolvimento dessas doenças. A referida associação acrescenta que, a partir do reconhecimento dessas associações foi desenvolvido o conceito de fatores de risco (AHA, 2002a, p.49).

A caracterização dos pacientes (99) que apresentavam registros nos Instrumentos para Histórico e Diagnóstico de Enfermagem analisados, com relação às condições associadas à Síndrome Coronariana Aguda (SCA), está apresentada na TAB.1 seguinte.

TABELA 1

Distribuição dos pacientes quanto às condições associadas à Síndrome Coronariana Aguda, assistidos através da Sistematização da Assistência de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana de um Hospital Filantrópico. Belo Horizonte, 2001-2002

Condições associadas a SCA	freqüência	%
Hipertensão Arterial Sistêmica	5	5,0
Hereditariedade	8	8,0
Insuficiência Coronariana	7	7,0
Hereditariedade + Outras	12	12,1
Insuficiência Coronariana+ Outras	4	4,0
Hipertensão Arterial Sist. + "Outras	42	42,4
Outras	21	21,2
TOTAL	99	100

A maior parte dos pacientes (79- 79,7%) apresentava duas outras condições associadas a SCA, no mínimo.

Foram agrupadas em "outras condições associadas" os seguintes fatores de risco e patologias: Dislipidemia, Stress, Etilismo, Tabagismo, Obesidade, Diabetes Melitus, Tumor Mediastinal, Câncer de Pele; Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, Insuficiência Aórtica.

Segundo o SBV, os fatores de risco não modificáveis são a idade, a hereditariedade, o sexo e a raça. E, os modificáveis, o tabagismo, a hipertensão arterial, a hipercolesterolemia, o sedentarismo, o controle do diabetes, da obesidade e do estresse excessivo (AHA, 2002, p.50-55).

Lopes (2002, p.303), identifica como causas potenciais de cardiopatias, a hipertensão arterial sistêmica, fatores de risco aumentados para doenças cardiovasculares, como tabagismo, alcoolismo, uso de drogas, hábitos alimentares, diabetes melito, dislipidemias, pneumopatias crônicas, entre outras.

Julian e Cowan (2000, p. 97- 104) acrescentam aos fatores citados acima, a obesidade, hereditariedade, fatores hemostáticos, hipotireoidismo, álcool, café e falta de atividade física.

Vale ressaltar que a Hipertensão Arterial Sistêmica "HAS" (47- 47,4%), isolada e associada a "outras condições", apresentou maior percentual. "Pessoas com mais de um fator de risco têm muito mais chances de apresentar doenças vasculares que aquelas que não possuem nenhum (AHA, 2002a; JULIAN; COWAN, 2000)".

Lopes (2001, p.296), diz que "as informações sobre os antecedentes pessoais e familiares são de grande importância para a avaliação e diagnósticos prévios das cardiopatias".

"A coronariopatia é freqüentemente encontrada em vários membros da mesma família, provavelmente por fatores genéticos e/ou ambientais, e esta tendência manifesta-se por hiperlipidemia ou hipertensão". Os autores acrescentam que, "apesar de nada se poder fazer para corrigir a história familiar, torna-se

importante saber que os indivíduos portadores de afecções familiares são altamente susceptíveis à influência do ambiente (JULIAN; COWAN, 2000, p.102)".

Em nosso estudo, constatamos que em 12% dos Instrumentos, a hereditariedade estava associada a outras condições que também predispunham a Síndrome Coronariana Aguda e em 8%, este fator de risco foi identificado isoladamente, fazendo-nos supor que alguns destes pacientes, provavelmente, não tinham conhecimento de suas outras co-morbidades.

4.2- Diagnósticos de Enfermagem admissionais identificados

Os dados foram levantados dos registros feitos pelos enfermeiros nos Instrumentos para Histórico e Diagnóstico de Enfermagem do paciente na UTI. Ressalta-se que, neste Instrumento, são registradas também a evolução do paciente nas 24 horas subseqüentes à sua admissão. Portanto, o diagnóstico admissional compreende também os dados até 24 horas após a internação.

Neste levantamento, foram identificados os diagnósticos de enfermagem admissionais, segundo a Taxonomia I da Nanda, cujos títulos diagnósticos estavam registrados nos Instrumentos, bem como suas características definidoras e fatores relacionados. Porém, considerando já haver modificações na forma de organização e apresentação dos Diagnósticos de Enfermagem da Nanda, optamos por realizar a análise dos resultados deste estudo com base na Taxonomia II.

Na leitura destes Instrumentos, foi visto que alguns títulos diagnósticos não apresentavam características definidoras e/ou fatores relacionados registrados, os quais subsidiam a elaboração de um diagnóstico de enfermagem. Observamos

4. Resultados

também que existiam características definidoras e/ou fatores relacionados que estavam registrados, mas não os títulos diagnósticos.

Tendo em vista que o objetivo deste estudo não foi o de analisar a forma de preenchimento dos Instrumentos realizada pelo enfermeiro, e sim traçar o perfil diagnóstico de enfermagem admissional dos pacientes com Síndrome Coronariana Aguda, assistidos através da Sistematização da Assistência de Enfermagem na unidade campo de estudo, consideramos que seria oportuno, quando os registros permitiam, a elaboração de outros novos diagnósticos de enfermagem pela pesquisadora.

No total, foram identificados 350 diagnósticos de enfermagem que, de acordo com o tipo, de risco e real, continham todos os componentes estruturais necessários

A TAB.2 apresenta os tipos de diagnósticos de enfermagem admissionais de pacientes com Síndrome Coronariana Aguda que foram elaborados pela equipe de enfermeiros e pela pesquisadora.

TABELA 2

Distribuição dos tipos de diagnósticos de enfermagem admissionais de pacientes com Síndrome Coronariana Aguda, assistidos através da Sistematização de Assistência de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana de um Hospital Filantrópico, de acordo com o diagnosticador. Belo Horizonte, 2001-2002

Tipos de diagnósticos de enfermagem admissionais	Diagnosticador				Total	
	Enfermeiro		Pesquisador			
	f	%	f	%	f	%
De risco (T + F. Risco)	62	27,1	166	72,8	228	100
Real (T + FR + CD)	68	55,7	54	44,2	122	100
TOTAL	130	37,1	220	62,8	350	100

LEGENDA

n = 350

T= Título diagnóstico
CD = Característica definidora

FR = Fator relacionado
F. Risco = Fator de risco

Do total de 350 diagnósticos de enfermagem admissionais identificados, a maioria (220- 62,8%) o foi pela pesquisadora, e quanto ao tipo de diagnóstico, o maior número foi de risco que corresponde a 65,1%.

Os enfermeiros identificaram maior número de diagnósticos de enfermagem reais (68- 55,7%). No entanto, ainda foi possível ao pesquisador identificar 54 (44,2%) novos diagnósticos reais, embora todos os elementos estruturais estivessem registrados.

Do total de 228 diagnósticos de enfermagem de risco identificados, a maioria (166- 72,8%) o foi pela pesquisadora.

Segundo Carpenito (1997, p.36), “a validação para apoiar um diagnóstico de risco são os fatores de risco que representam as situações que aumentam a vulnerabilidade do cliente”.

Alfaro-Lefreve (2000, p.103), diz que “fator de risco é algo sabidamente causador ou contribuinte para um problema de saúde específico”. A mesma autora, acrescenta que os “diagnósticos de enfermagem de risco são problemas de saúde que podem se desenvolver, caso não sejam tomadas ações preventivas”.

No entanto, apesar de identificarmos nos Instrumentos para Histórico e Diagnóstico de Enfermagem indicadores potenciais (de risco) do cliente, ou seja, fatores de risco relacionados aos diagnósticos de enfermagem, estes não foram identificados pelos enfermeiros, tanto é que deixaram de estabelecer 166 (72,8%) diagnósticos de risco.

Portanto, podemos inferir que a importância do caráter preventivo na UTI Coronariana não estava sendo enfatizada pela equipe, apesar da utilização de uma metodologia da assistência que remete à valorização de todos os níveis de atendimento, ou seja, promoção, prevenção, recuperação e reabilitação.

Para identificar diagnóstico de risco é necessário que o enfermeiro tenha domínio sobre os problemas relacionados à Síndrome Coronariana Aguda, uma vez que não há, neste tipo de diagnóstico, sinais e sintomas evidentes.

Problemas colaborativos são determinadas complicações fisiológicas que os enfermeiros monitoram para detectar o surgimento ou as modificações no estado de saúde. Os enfermeiros controlam os problemas colaborativos usando intervenções prescritas pelos médicos e pela enfermagem, visando minimizar as complicações dos eventos (CARPENITO, 2001, p.24).

Consideramos essencial que o enfermeiro detenha o conhecimento sobre o processo das doenças, como por exemplo, a Síndrome Coronariana Aguda, bem como seu tratamento e prognóstico, no intuito de intervir precocemente para reduzir seus problemas mais susceptíveis e prevenir ou controlar suas possíveis complicações.

Seguem-se algumas considerações sobre a Síndrome acima referida, segundo o Suporte Básico de Vida (AHA, 2002, p.23).

No ano de 2002, em torno de 7 a 8 milhões de pacientes foram atendidos nos serviços de emergência norte-americanos, com queixas de mal-estar torácico, sendo que mais de 2 milhões deles (25%) tiveram o diagnóstico médico de Síndrome Coronariana Aguda.

“Esta expressão engloba uma gama de quadros clínicos sintomáticos que representa a obstrução aguda das artérias coronárias por diversos graus de placas de colesterol, trombo e espasmo, podendo provocar morte súbita”.

A terapia de reperfusão das artérias coronárias foi o tratamento mais significativo acrescentado aos cuidados de emergência de pacientes cardíacos nas últimas décadas. Pacientes com dor aguda devem ser vistos como candidatos potenciais à terapia fibrinolítica ou angiografia coronariana com tratamento com base em cateter (angioplastia ou stent).

A reperfusão imediata limita a extensão de infarto e reduz o impacto de perda muscular, no entanto, este efeito benefício pode ser conseguido apenas nas primeiras horas após o início do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM).

Nos EUA, em 1994, foi realizada uma campanha de educação pública, que enfatizou a importância do reconhecimento dos sinais e sintomas de IAM e do

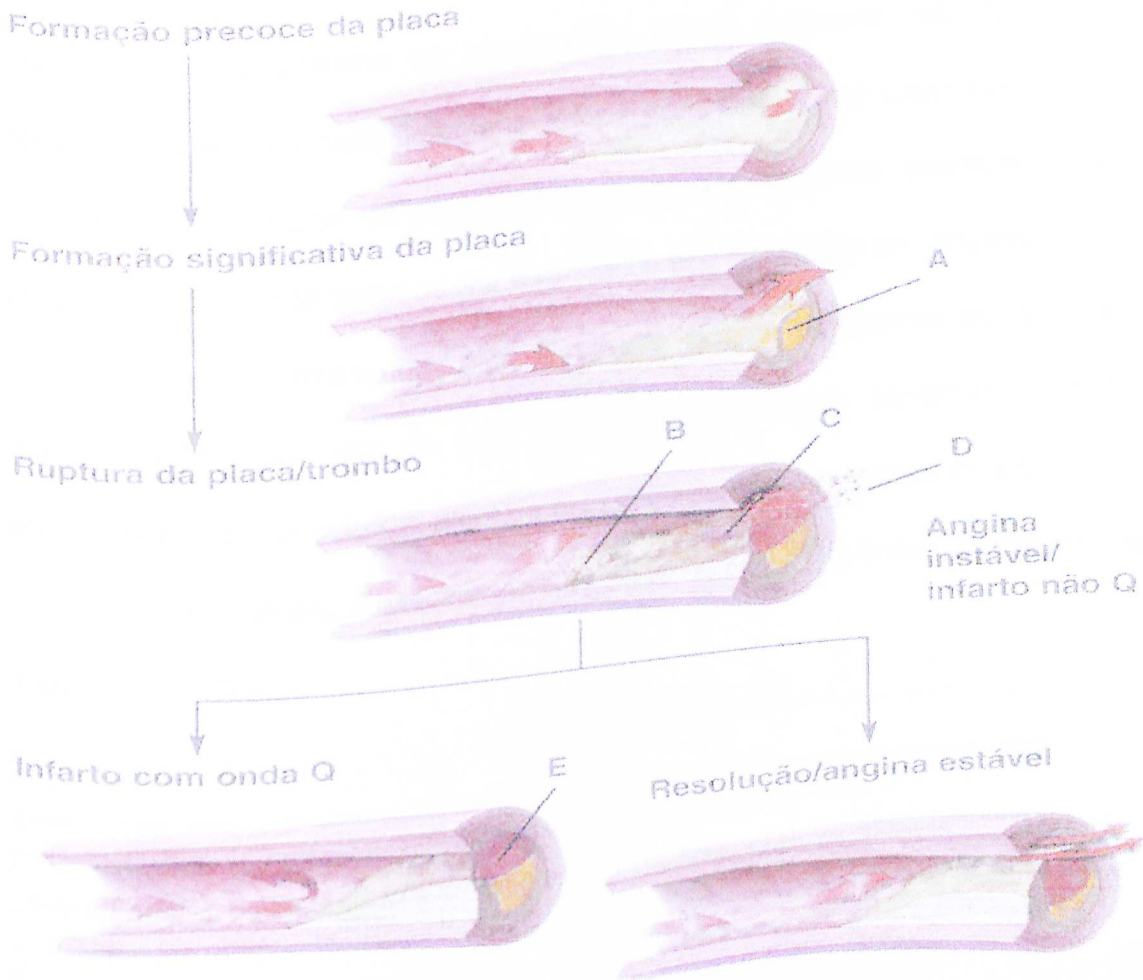
envolvimento dos serviços de urgência na avaliação e tratamento rápidos, no intuito de reduzir os principais fatores associados à demora do início da terapia de reperfusão das artérias coronárias.

Em 1997, o IAM foi reconhecido como parte de um vasto espectro de doenças que exigiam uma nova nomenclatura e um nome mais abrangente: Síndromes Coronarianas Agudas (SCA). Os pacientes que desenvolvem esta Síndrome têm graus variáveis de obstrução arterial coronária, porém muito antes do comprometimento da função cardíaca, há um período assintomático.

Em geral, o surgimento da SCA é provocado pela ruptura ou erosão de uma placa carregada de lipídeos.

LEI DO DIREITO AUTORAL
Todos os direitos reservados e protegidos
pela Lei 9.610/1998.
Este arquivo não pode ser reproduzido ou
transmitido de qualquer forma, seja ela
eletrônica, mecânica, fotográfica ou qualquer outra.

A FIG.7 ilustra a evolução para as principais SCA.



EL DO DIREITO AUTORAL
Todos os direitos reservados e protegidos
pela Lei 9.610/1998.
Este arquivo não pode ser reproduzido ou
transmitido sejam quais forem os meios
empregados: eletrônicos, mecânicos,
fotográficos ou quaisquer outros.

Figura 7 – A história natural da doença coronariana: evolução para as principais Síndromes Coronarianas Agudas.
Fonte: AHA, 2002a, p.24

A placa pode ser hemodinamicamente insignificante antes da ruptura, mas é comum a presença de um componente inflamatório imediatamente abaixo da

4. Resultados

superfície de revestimento da parede da artéria coronária, o que debilita a placa e predispõe à ruptura. A velocidade e a turbulência do fluxo sanguíneo e a anatomia do vaso são fatores que contribuem, de maneira importante, para a ruptura da placa.

Com esta ruptura, o organismo tenta fechar este "corte" interno, ativando as plaquetas e o sistema de coagulação e, com isto, gerando trombinas (substância mais ativa do organismo na coagulação). Neste momento, há trombo rico em plaquetas que oclui parcialmente a artéria coronária, comprometendo a oferta de oxigênio a uma parte do miocárdio e causando isquemia miocárdica, podendo provocar mal-estar torácico ou dor torácica de tipo isquêmico prolongado.

Os pacientes com esta Síndrome podem apresentar-se com diversas formas de IAM ou risco de IAM, dependendo do local, tamanho, duração e a gravidade da artéria ocluída, além da presença ou não de artérias colaterais.

As SCA são classificadas com base no seu ECG inicial, conforme exposto

a seguir na FIG.8.

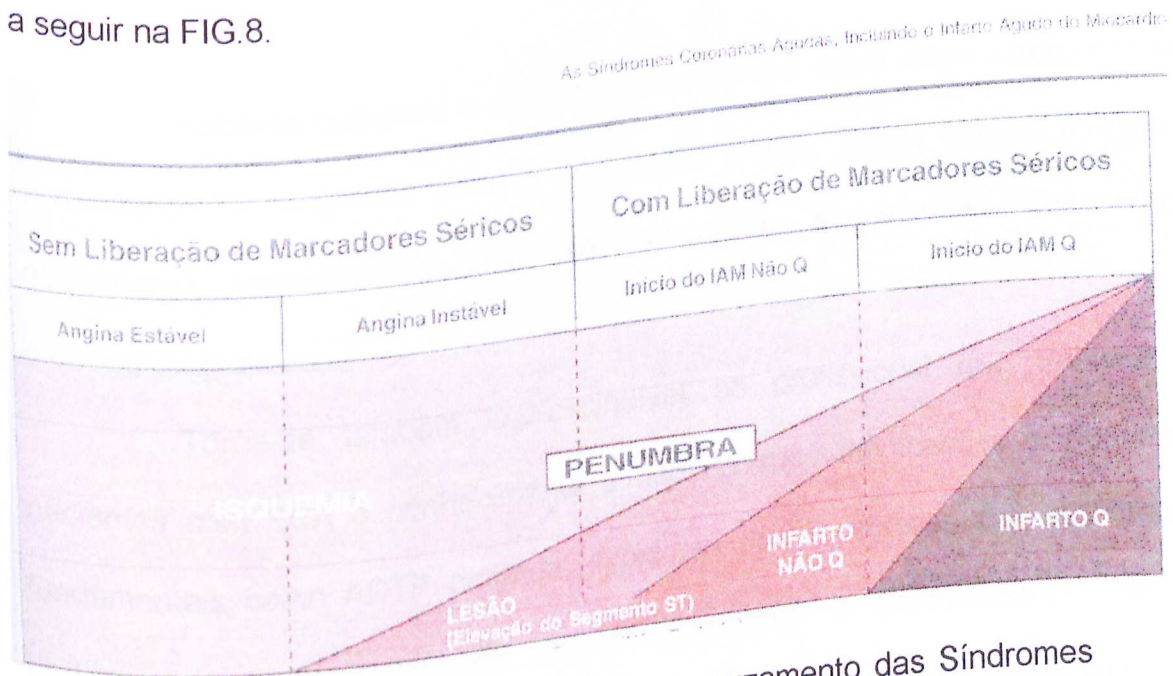


Figura 8- Desenho esquemático mostrando o cruzamento das Síndromes Coronarianas Agudas

Fonte: AHA, 2002b, p.125.

✓ **IAM com onda Q:**

o trombo oclui o vaso coronário por um período prolongado. É diagnosticado pelo aparecimento de onda Q anormal em traçados seriados de eletrocardiograma (ECG). A fibrólise rápida ou uma ACTP podem limitar o tamanho do infarto.

EL DO DIRETOR TUTORIAL
Todos os direitos reservados e protegidos
pela Lei nº 9.610/1998.
Este trabalho não pode ser reproduzido ou
transmitido sejam quais forem os meios
empregados: eletrônicos, mecânicos,
fotográficos ou quaisquer outros.

✓ **IAM não Q:**

ocorre quando um nível anormal de marcadores cardíacos séricos é liberado, mas somente alterações no segmento ST ou na onda T são observadas no ECG;

✓ **Angina instável:**

um trombo parcialmente oclusivo produz sintomas de isquemia que são prolongados e podem ocorrer em repouso. Neste estágio, o trombo é rico em plaquetas e, sua oclusão intermitente pode causar necrose miocárdica, produzindo um IAM não Q.

Sabe-se que para o diagnóstico diferencial entre estas síndromes sejam necessários: a integração entre a informação clínica, dados obtidos através dos marcadores cardíacos de necrose celular e a evolução dos registros eletrocardiográficos.

Torna-se também imprescindível ao profissional que trabalha com pacientes com SCA o conhecimento e uso de suas medicações e intervenções fundamentais como ACTP primária, inibidores dos receptores das glicoproteínas IIb/IIIa, oxigênio, nitroalicerina, morfina, aspirina, β Bloqueadores, heparina, inibidores da enzima conversora da angiotensina (ECA) e agentes fibrinolíticos.

Para Alfaro-Lefreve (2000, p.93-102). "é responsabilidade do enfermeiro reconhecer problemas médicos, antecipar complicações e iniciar procedimentos para assegurar o tratamento em tempo apropriado".

A autora supra citada acrescenta que. "à medida que cresce o conhecimento, a perícia e a autoridade da enfermagem, os problemas colaborativos talvez sejam considerados diagnósticos de enfermagem no futuro, uma vez que a enfermagem assumirá a responsabilidade também pelo seu controle".

Retomando a análise dos resultados, vê-se que a Taxonomia II da Nanda agrupa os diagnósticos de enfermagem em 13 domínios e 46 classes, com "o intuito de tornar a estrutura mais flexível, permitindo acréscimos e modificações e reduzindo erros de classificação e redundâncias (NANDA, 2002, p.236)".

O agrupamento dos diagnósticos de enfermagem (350) permitiu a identificação de 26 títulos diagnósticos e cada paciente apresentou em média 3,1 diagnósticos reais e/ou de risco.

LEI DO DIREITO AUTORAL
Todos os direitos reservados e protegidos
pela Lei 9.610/1998.
Este arquivo não pode ser reproduzido ou
transmitido em quaisquer meios
empregados eletrônicos, mecânicos,
gráficos ou quaisquer outros.

Neste estudo, foi possível agrupar estes 26 títulos diagnósticos em 8 domínios e 14 classes, apresentados na FIG. 9, elaborada pela própria autora.

LEI DO DIREITO AUTORAL
 Todos os direitos reservados e protegidos
 pela Lei 9.610/1998.
 Este arquivo não pode ser reproduzido ou
 transmitido sejam quais forem os meios
 empregados: eletrônicos, mecânicos,
 fotográficos ou quaisquer outros.

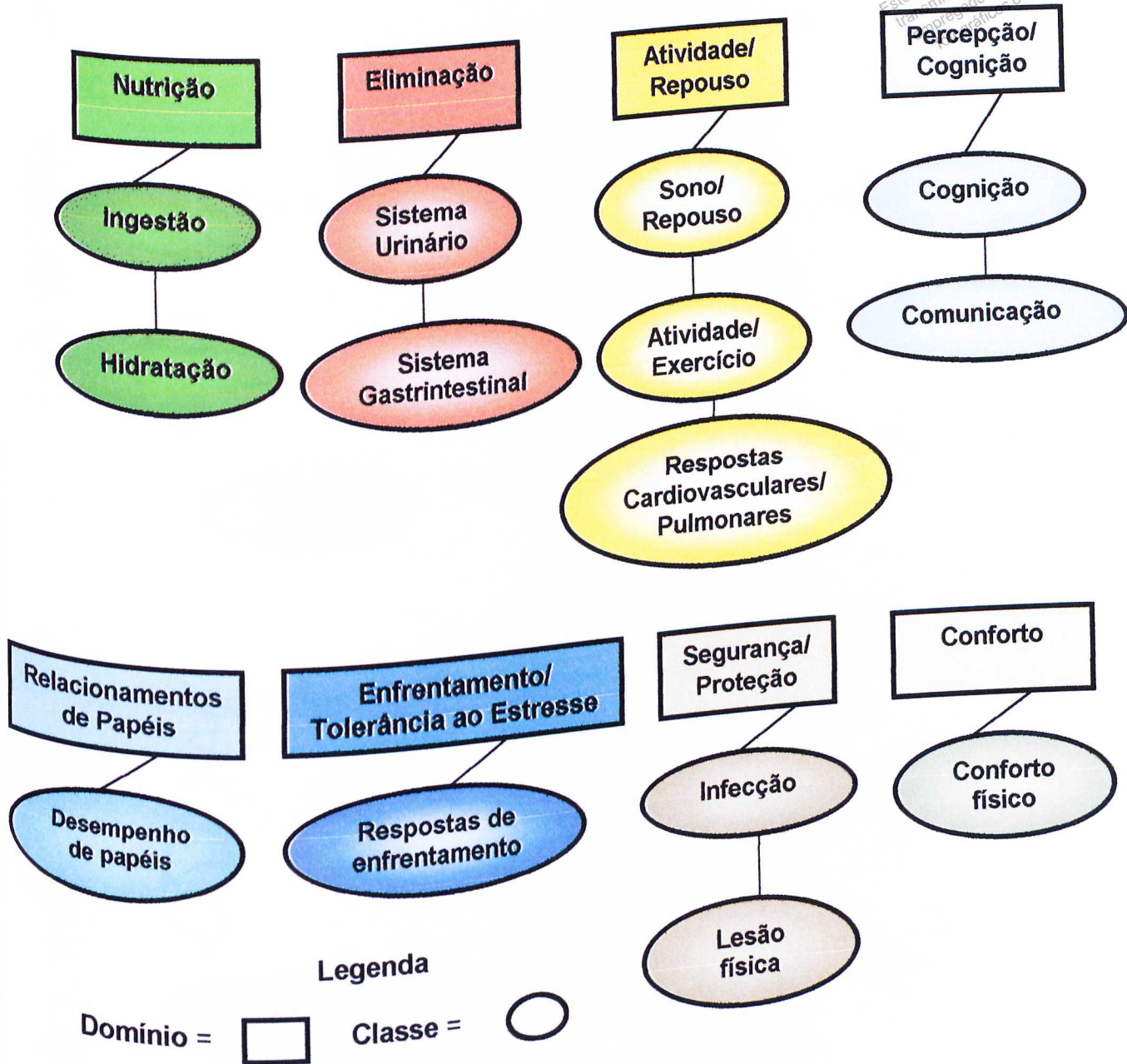
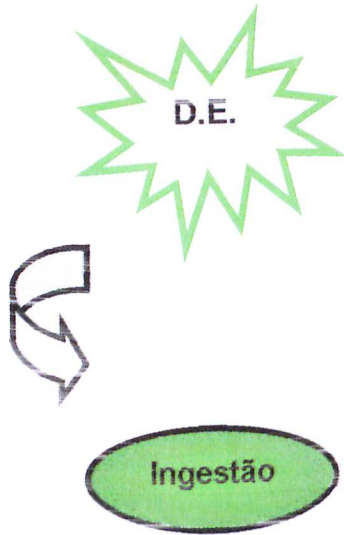


Figura 9- Domínios e classes de diagnósticos de enfermagem admissionais identificados nos pacientes com Síndrome Coronariana Aguda, assistidos através da Sistematização da Assistência de Enfermagem na UTI Coronariana de um Hospital Filantrópico, segundo a Taxonomia II da NANDA. Belo Horizonte, 2001-2002

Os títulos diagnósticos de enfermagem e a frequência com que foram identificados, estão agrupados nos respectivos domínios e classes, conceituados segundo a NANDA (2002, p.246-263), e apresentados a seguir.

LEI DO DIREITO AUTORAL
 Todos os direitos reservados e protegidos
 pela Lei 9.610/1998.
 Este arquivo não pode ser reproduzido ou
 transmitido sejam quais forem os meios
 empregados: eletrônicos, mecânicos,
 fotográficos ou quaisquer outros.

Diagnósticos de enfermagem



- ✓ Deglutição prejudicada (1);
- ✓ Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais (2).

Classe

Introdução de alimentos ou nutrientes no organismo

Diagnósticos de enfermagem

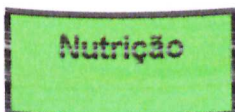


- ✓ Volume de líquidos deficiente (1);
- ✓ Volume de líquidos excessivo (1);
- ✓ Risco para volume de líquidos deficiente (1).

Classe

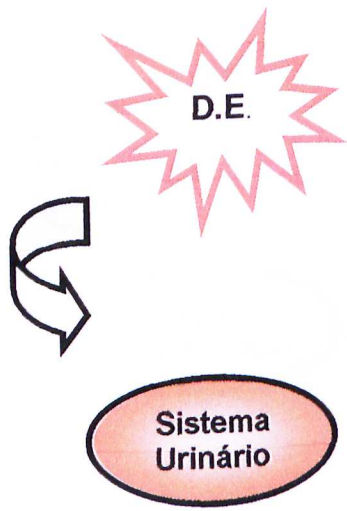
Ingestão e absorção de fluidos e eletrólitos.

Domínio



Atividades de ingerir, assimilar e utilizar nutrientes para fins de manutenção e reparação de tecidos e produção de energia.

Diagnóstico de enfermagem



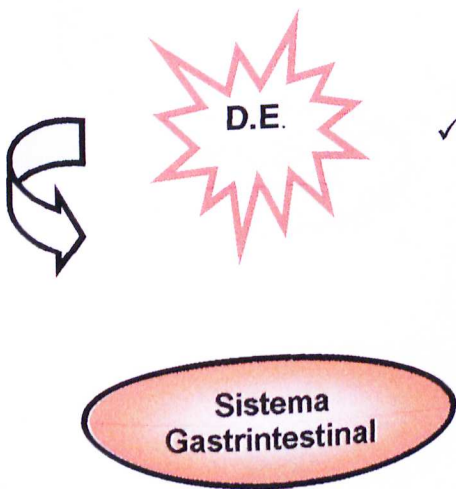
- ✓ Eliminação urinária prejudicada (4).

LEI DO DIREITO AUTORAL
Todos os direitos reservados e protegidos
pela Lei 9.610/1998.
Este arquivo não pode ser reproduzido ou
transmitido sejam quais forem os meios
empregados: eletrônicos, mecânicos,
fotográficos ou quaisquer outros.

Classe

Processo de secreção e excreção da urina.

Diagnóstico de enfermagem



- ✓ Risco para constipação (4).

Classe

Excreção e expulsão de excrementos pelo intestino.

Domínio

Secreção e excreção de produtos residuais do metabolismo do organismo.

Eliminação



Diagnóstico de enfermagem

- ✓ Padrão de sono perturbado (1).

Classe

Sono, repouso, ócio ou inatividade.

Diagnósticos de enfermagem

- ✓ Mobilidade física prejudicada (9);
- ✓ Mobilidade no leito prejudicada (13).

Classe

Mover partes do corpo, realizar trabalho ou desempenhar ações com frequência, contra resistência.

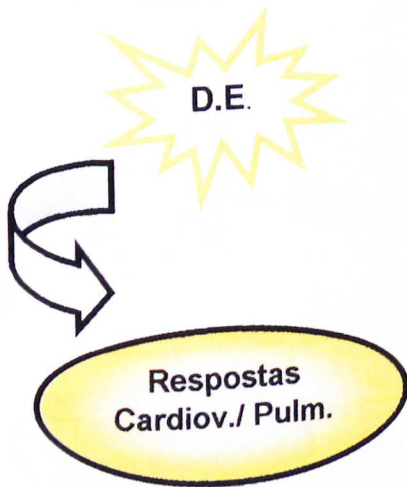


Diagnósticos de enfermagem

- ✓ Débito cardíaco diminuído (36);
- ✓ Intolerância à atividade (3);
- ✓ Perfusão tissular periférica ineficaz (1).

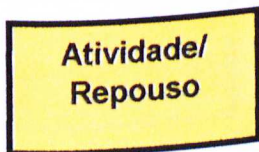
Classe

Mecanismos cardiopulmonares que apóiam a atividade/repouso.



Domínio

Produção, conservação, gasto ou balanço de recursos energéticos.



LEI DO DIREITO AUTORAL
 Todos os direitos reservados e protegidos
 pela Lei 9.610/1998.
 Este arquivo não pode ser reproduzido ou
 transmitido sejam quais forem os meios
 empregados: eletrônicos, mecânicos,
 fotográficos ou quaisquer outros.

Diagnósticos de enfermagem

- ✓ Conhecimento deficiente (1);
- ✓ Confusão aguda (2).

Classe

Uso da memória, aprendizagem, pensamento, resolução de problemas, abstração, julgamento, discernimento, capacidade intelectual, cálculo e linguagem.

Diagnóstico de enfermagem

- ✓ Comunicação verbal prejudicada (3).

Classe

Enviar e receber informações verbais e não-verbais.

Domínio

Sistema humano de processamento de informações, incluindo atenção, orientação, sensação, percepção, cognição e comunicação.

Percepção/
Cognição

Diagnóstico de enfermagem

- ✓ Interação social prejudicada (2).

Classe

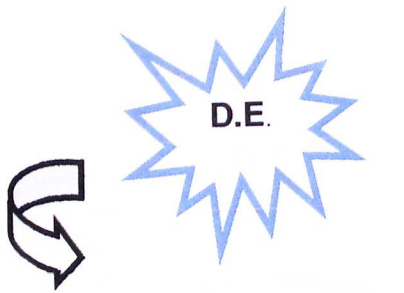
Qualidade de estar funcionando em padrões de comportamento socialmente esperados.

Domínio

Conexões ou associações positivas e negativas entre pessoas ou grupos de pessoas e os meios pelos quais estas conexões são demonstradas.

Relacionamentos
de Papéis

LEI DO DIREITO AUTORAL
Todos os direitos reservados e protegidos
pela Lei 9.610/1998.
Este arquivo não pode ser reproduzido ou
transmitido sejam quais forem os meios
empregados: eletrônicos, mecânicos,
fotográficos ou quaisquer outros.



Diagnósticos de enfermagem

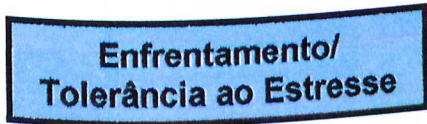
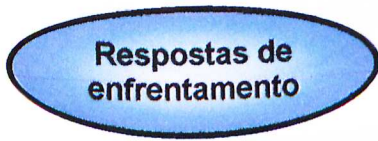
- ✓ Medo(2);
- ✓ Ansiedade (8).

Classe

Processo de controlar o estresse ambiental.

Domínio

Lutar contra os eventos/processos da vida.



LEI DO DIREITO AUTORAL
 Todos os direitos reservados e protegidos
 pela Lei 9.610/1998.
 Este arquivo não pode ser reproduzido ou
 transmitido sejam quais forem os meios
 empregados: eletrônicos, mecânicos,
 fotográficos ou quaisquer outros.



Diagnóstico de enfermagem

- ✓ Risco para infecção (112).

Classe

Respostas do hospedeiro após invasão patogênica

Diagnósticos de enfermagem

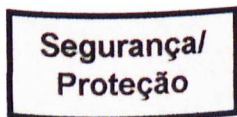
- ✓ Membrana da mucosa oral prejudicada (1);
- ✓ Integridade da pele prejudicada (3);
- ✓ Risco para integridade da pele prejudicada (112);
- ✓ Desobstrução ineficaz de vias aéreas (3);
- ✓ Proteção ineficaz (8).

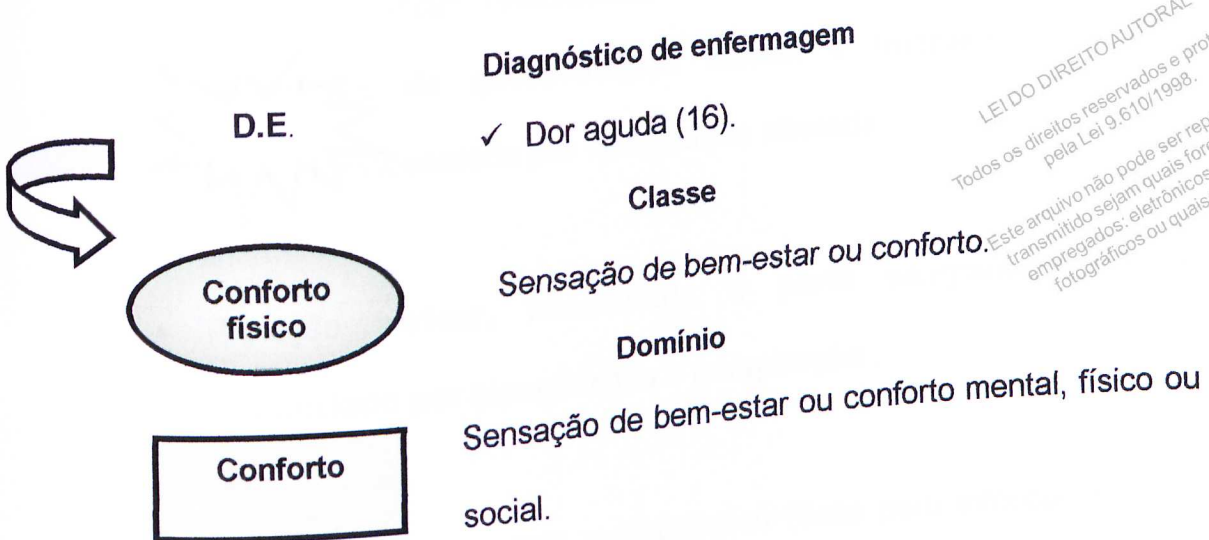
Classe

Dano ou ferimento corporal.

Domínio

Estar livre de perigo, lesão física ou dano do sistema imunológico, preservação contra perdas e proteção da segurança e seguridade.





Dos diagnósticos de enfermagem, 239 (68,2%) correspondem ao domínio Segurança/Proteção. Destaque-se que foram identificados os diagnósticos Proteção ineficaz, Risco para infecção e Risco para integridade da pele prejudicada.

O diagnóstico Proteção ineficaz é assim definido pela NANDA (2002, p.190): “diminuição na capacidade de proteger-se contra ameaças internas ou externas, como doenças ou lesões”.

Em nosso estudo, foram identificados os seguintes fatores relacionados e características definidoras deste diagnóstico:

- Proteção ineficaz, relacionada a distúrbio imunológico (secundário a Insuficiência renal crônica), evidenciada por imunidade deficiente.

- Proteção ineficaz, relacionada à terapia com drogas fibrinolíticas (inibidores de glicoproteínas IIb/IIIa) e intervenção invasiva (ACPT), evidenciada por coagulação alterada.
- Proteção ineficaz, relacionada a perfil sanguíneo anormal, evidenciado por hipoglicemia e perspiração.

O paciente que apresenta o diagnóstico Risco para infecção está em "risco aumentado de ser invadido por organismos patogênicos (NANDA, 2002, p.134)". Tal diagnóstico foi estruturado da seguinte forma:

- Risco para infecção, relacionado a procedimentos invasivos; destruição de tecidos e exposição ambiental aumentada.

Todos os pacientes foram submetidos a procedimentos invasivos, tais como cateteres inseridos em acessos vasculares periféricos ou centrais, devido a necessidade de uso de medicações intravenosas de urgência. Alguns apresentavam também a inserção de cateteres arteriais para a monitorização da pressão intra-arterial. Os cateteres infectantes são causas frequentes de febre em pacientes internados em UTI (LÓPEZ, 2001, p.90).

Dos 112 pacientes, 49 (43,7%) foram submetidos também a outras intervenções invasivas como Cateterismo e/ou Angioplastia. A morbidade devida às complicações relativas a estes métodos de exame compreende a dissecação e a trombose do vaso cateterizado (artéria ou veia), a embolia pulmonar ou sistêmica, a

4. Resultados

hemorragia nos locais de punção e a reação tóxica ao meio de contraste (JULIAN; COWAN, 2000, p.80).

Quanto ao diagnóstico Risco para Integridade da pele prejudicada, a Nanda (2002, p.136) o define da seguinte forma: "estar em risco de a pele ser alterada de forma adversa".

O Risco para Integridade da pele prejudicada, em 49 (43,7%) dos pacientes, estava **relacionado à idade avançada e fatores mecânicos** (curativos compressivos e contenção do membro em que foi realizada a intervenção invasiva).

Os demais pacientes (63), apresentaram outros fatores de risco que foram agrupados abaixo e o diagnóstico ficou assim redigido:

- Risco para Integridade da pele prejudicada, **relacionada à circulação alterada (secundária à Insuficiência vascular periférica), idade extrema, pigmentação alterada (hematomas extensos), sedação contínua, imobilização física e umidade (escore < 11 na escala preditiva de aparecimento de úlcera de pressão).**

Portanto, além dos procedimentos invasivos e da defesa primária insuficiente provocada pelo trauma da intervenção de CAT e/ou ACTP, destacamos outros fatores que influenciam na incidência de infecção e predisõem lesões cutâneas, entre eles as condições clínicas do paciente (idade, estado nutricional, doenças crônicas, fatores de risco), as condições técnicas em que a intervenção foi realizada, bem como o tempo de permanência hospitalar anterior ao procedimento.

4. Resultados

Alguns títulos diagnósticos foram identificados apenas uma vez: Conhecimento deficiente (em relação à doença cardíaca); Deglutição prejudicada e Membrana da mucosa oral prejudicada (secundária à presença de tubo endotraqueal), Padrão de sono perturbado (decorrente de urgência urinária), Volume de líquidos excessivo, Volume de líquidos deficiente e Risco para Volume de líquidos deficiente (apresentados em pacientes portadores prévios de Insuficiência Renal Crônica).

O domínio Atividade/Repouso agrupou 63 (18%) dos diagnósticos de enfermagem. Destacam-se os diagnósticos de Débito cardíaco diminuído, Mobilidade física prejudicada e Mobilidade no leito prejudicada.

O Débito cardíaco diminuído é definido pela NANDA (2002, p.80), pelo "bombeamento insuficiente de sangue pelo coração, para atender às demandas metabólicas corporais".

Para Smeltzer e Bare (1994, p.530), em pacientes com doença cardíaca aguda, a avaliação inicial deve enfatizar o exame do coração e débito cardíaco. Estes pacientes apresentam comumente desconforto torácico, dispnéia, astenia e redução do débito urinário (secundária à Insuficiência ventricular esquerda, com redução do débito cardíaco), arritmias, hipotensão (secundárias à depleção de volume intravascular) e edema e ganho de peso (Insuficiência ventricular direita).

As autoras ainda acrescentam que, no indivíduo idoso, o ventrículo esquerdo pode apresentar contratilidade miocárdica reduzida em resposta à diminuição da demanda funcional.

López (2001, p.522), diz que pacientes com IAM apresentam o pulso de pequena amplitude e frequência cardíaca aumentada na ausência de arritmias. O referido autor acrescenta que uma hipotensão arterial também é observada, induzida por medicamentos, como opiáceos ou coronariodilatadores e não deve ser confundida com choque cardiogênico.

Em nosso estudo, encontramos a mesma etiologia, sinais e sintomas que são descritos na literatura sobre pacientes cardíacos que apresentam o débito cardíaco diminuído. Foram identificados os seguintes fatores relacionados e características definidoras do diagnóstico em questão:

- Débito cardíaco diminuído, relacionado ao ritmo/frequência cardíaca, pré e pós-carga alterados, evidenciado por alterações no ECG, crepitações e hipotensão.
- Débito cardíaco diminuído, relacionado à contratilidade alterada, evidenciado por fração de ejeção, volume de ejeção e trabalho do ventrículo esquerdo diminuídos (resultados de ecocardiograma).
- Débito cardíaco diminuído, relacionado a ritmo/frequência alterada, evidenciado por arritmia (taquicardia).

O diagnóstico Mobilidade física prejudicada é definido como "limitação no movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades (NANDA, 2002, p.155)".

Tal diagnóstico foi estruturado da seguinte forma:

- Mobilidade física prejudicada, relacionada a prejuízo neuromuscular (secundário a acidente vascular cerebral), evidenciada pela capacidade limitada para desempenhar atividades motoras.
- Mobilidade física prejudicada, relacionada a medicações (sedação), evidenciada pela capacidade limitada para desempenhar atividades motoras.
- Mobilidade física prejudicada, relacionada a prejuízo sensório-perceptivo, evidenciada pela incapacidade para desempenhar atividades (glasgow 3).
- Mobilidade física prejudicada, relacionada à desconforto torácico (secundário a isquemia miocárdica), evidenciada por relato verbal.

A Mobilidade no leito prejudicada é a "limitação ao movimento de uma posição para outra no leito (NANDA, 2002, p.157)". Foi observado que 13 pacientes estavam com a capacidade prejudicada de mover-se na cama. O fator relacionado a este diagnóstico ainda não foi desenvolvido pela Nanda. No entanto, estabelecemos como fator relacionado (etiologia) a este problema, o fato de os pacientes estarem com restrições de movimento prescritas.

O diagnóstico foi assim estruturado:

- Mobilidade no leito prejudicada, relacionada a restrições de movimentos prescritas, evidenciada pela capacidade prejudicada de virar-se na cama.

Segundo López, (2001, p.289), a dor precordial constitui o sintoma que permite o diagnóstico diferencial entre Angina e IAM. E, associada a sua sintomatologia, o paciente se apresenta ansioso, excitado, às vezes dispnéico e com sudorese e tonturas. No entanto, "se coexistem ansiedade e cardiopatia, são grandes as dificuldades para definir até que ponto um dos distúrbios está interferindo nas manifestações do outro".

De acordo com o SBV (AHA, 2002, p.24), a "dor torácica ou mal-estar torácico é o sinal mais importante do ataque cardíaco e sua duração persiste por mais de 20 minutos. A angina geralmente é um mal-estar temporário e, comumente dura de 2 a 15 minutos".

Para Smeltzer e Bare (1994, p.531), é função do enfermeiro investigar o tipo de dor torácica que o paciente está sentindo, uma vez que nem todo desconforto torácico está relacionado à isquemia miocárdica.

A NANDA (2002, p.99) define o diagnóstico de Dor aguda como: "experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real (ou potencial) ou descrita em termos de tal lesão; início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com um término antecipado ou previsível e uma duração de menos de seis meses".

Todos os direitos reservados e protegidos pela Lei nº 9.610/1998. Este arquivo não pode ser reproduzido ou transmitido sem a qualificação dos meios empregados: eletrônicos, mecânicos, fotográficos ou quaisquer outros.

Tal diagnóstico foi assim estruturado:

- Dor aguda, relacionada a agentes lesivos biológicos (lesão miocárdica, lesão epigástrica, processo inflamatório da próstata), evidenciada por relato verbal e alterações na pressão arterial, respiração e pulso.
- Dor aguda, relacionada a agentes químicos (uso de Tridil[®]), evidenciada por relato verbal.

O diagnóstico Ansiedade é definido como “um vago e incômodo sentimento de desconforto ou temor, acompanhado por uma resposta autonômica; um sentimento de apreensão causado pela antecipação de perigo (NANDA, 2002, p.36)”. Este sentimento foi relatado em 8 pacientes, em relação a sua internação em UTI.

O diagnóstico foi estruturado da seguinte forma:

- Ansiedade relacionada a fatores familiares (ausência da família) e medo da morte (procedimentos cirúrgicos), evidenciada por preocupações expressas.

Acreditamos que os diagnósticos Dor aguda e Ansiedade, não foram mais frequentes pois, muitos pacientes admitidos com um quadro de SCA, recebem o

4. Resultados

primeiro atendimento, ou seja, medicações para alívio da dor torácica, no ambulatório do hospital, sendo encaminhados logo em seguida à UTI Coronariana.

Os componentes estruturais dos diagnósticos de enfermagem admissionais identificados em mais de 7% dos pacientes com Síndrome Coronariana Aguda, estão apresentados no QUADRO 1.

LEI DO DIREITO AUTORAL
Todos os direitos reservados e protegidos
pela Lei nº 9.610/1998.
Este documento não pode ser reproduzido ou
transmitido de qualquer forma por meios
empregados: eletrônicos, mecânicos,
fotográficos ou quaisquer outros.

QUADRO 1

Componentes estruturais dos diagnósticos de enfermagem admissionais identificados em mais de 7% dos pacientes com Síndrome Coronariana Aguda, assistidos através da Sistematização de Assistência de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana de um Hospital Filantrópico. Belo Horizonte, 2001-2002

Títulos diagnósticos	Fatores Relacionados	Características definidoras	Freq. (n=112)	
Proteção ineficaz	-Distúrbios imunológicos	-Imunidade deficiente	1	8
	-Terapia com drogas fibrinolíticas (inibidores de GP IIb/IIIa) e intervenção invasiva (ACPT)	Coagulação alterada	6	
	Perfil sang. Anormal	- Hipoglicemia e perspiração	1	
Risco para infecção	- Procedimentos invasivos; - Destruição de tecidos; - Exposição ambiental aumentada.	_____	112	112
Risco para integridade da pele prejudicada	- Idade avançada; -Fatores mecânicos.	_____	49	112
	- Circulação alterada; -Idade avançada; -Pigmentação alterada; -Sedação contínua; -Imobilização física e umidade.	_____	63	
Débito Cardíaco Diminuído	-Ritmo/FC alterados, Pré e Pós-carga alteradas	-Mudanças no ECG, crepitações e hipotensão	23	36
	-Contratilidade alterada	-Trabalho do V.E., fração e volume de ejeção diminuídos	8	
Mobilidade física prejudicada	- Ritmo/FC alterados	-Taquicardia	5	9
	-Prejuízo neuromuscular	-Capacidade limitada para desempenhar atividades motoras	3	
	-Medicações	-Capacidade limitada para desempenhar atividades	1	
	-Prejuízo sensorio-perceptivo	-Incapacidade para realizar atividades	1	
Mobilidade no leito prejudicada	-Desconforto torácico	-Relato verbal	4	13
	-Restrições de movimentos prescritas	-Capacidade prejudicada de virar-se.	13	
Dor Aguda	Agentes lesivos biológicos: -Lesão miocárdica (isquemia)	-Relato verbal e respostas autonômicas	10	16
	- Lesão gástrica		1	
	-Processo inflamatório da próstata		2	
Ansiedade	-Agentes químicos (Tridil®)	-Preocupações expressas	6	8
	-Fatores familiares -Medo da morte		2	

LEI DO DIREITO AUTORAL

Todos os direitos reservados e protegidos
pela Lei 9.610/1998.

Este arquivo não pode ser reproduzido ou
transmitido sejam quais forem os meios
empregados: eletrônicos, mecânicos,
fotográficos ou quaisquer outros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Toda pesquisa tem suas limitações, e esta apresenta também, sem dúvida as suas. Por se tratar de pesquisa exploratória, os resultados obtidos referem-se a uma abordagem aproximativa com o problema, portanto, sem a pretensão de esgotar o assunto sobre os diagnósticos de enfermagem admissionais em pacientes com Síndrome Coronariana Aguda (SCA).

Pela quantidade e qualidade das informações registradas no Instrumento utilizado como fonte de coleta de dados, mesmo com suas limitações, pôde-se perceber a importância da utilização de uma metodologia da assistência para que se tenha uma visão holística do paciente. Desta forma, foi possível identificar que os enfermeiros consideraram não só os fatores que motivaram à internação, mas também outras condições do paciente, sejam pessoais, familiares, sociais, fisiopatológicas, psicológicas, entre outras.

No que se refere a alguns destes fatores foi identificado que o maior percentual dos pacientes era do sexo masculino, com idade acima de 60 anos, e tinham como fonte mantedora dos custos médico-hospitalares, o Sistema Único de Saúde (SUS).

Foi possível identificar também que a maior parte dos pacientes apresentava duas outras condições (fatores de risco e/ou patologias) associadas a SCA, destacando-se a Hipertensão arterial sistêmica e a hereditariedade.

Todos os pacientes (112) foram submetidos a procedimentos invasivos, dos quais, 43,7%, o foram também à intervenções invasivas como Cateterismo cardíaco e Angioplastia coronariana transluminal percutânea.

Ainda para que se tenha esta visão holística, é fundamental que o enfermeiro faça uma investigação detalhada a respeito das condições associadas à Síndrome Coronariana Aguda. Estas condições, irão subsidiar a elaboração dos diagnósticos de enfermagem (reais, risco e bem-estar), permitindo o planejamento efetivo da assistência de enfermagem.

No ato da admissão na UTI Coronariana, muitas vezes, o paciente apresentava-se com grave instabilidade hemodinâmica, não sendo possível ao enfermeiro o preenchimento por completo do Instrumento para Histórico e Diagnóstico de Enfermagem, o que ocorria, no máximo, dentro das primeiras 24 horas. Isto nos levou a considerar como perfil diagnóstico de enfermagem admissional, os diagnósticos estabelecidos neste período.

Durante a coleta de dados, constatamos que muitos títulos diagnósticos (339) estavam checados e as características definidoras ou fatores relacionados não estavam explicitados no documento fonte primária dos dados. Portanto, nestes casos, como não contávamos com todos os componentes estruturais dos diagnósticos de enfermagem, segundo a NANDA, estes títulos não foram incluídos no estudo. Assim, consideramos que o número de diagnósticos de enfermagem admissionais identificados estejam subestimados, não abrangendo a totalidade de diagnósticos de enfermagem que esta população deveria apresentar neste período.

LEI DO DIREITO AUTORAL

Todos os direitos reservados e protegidos pela Lei 9.610/1998. Este arquivo não pode ser reproduzido ou transmitido sem a autorização por escrito dos titulares dos direitos ou quaisquer outros.

No entanto, este fato não interfere na finalidade primeira do nosso trabalho que é obter subsídios para a reformulação futura do Instrumento para Histórico e Diagnóstico de Enfermagem utilizado na UTI Coronariana, uma vez que este deva ser revisado periodicamente para abranger as reestruturações impostas pela NANDA.

Quanto ao perfil diagnóstico de enfermagem admissional, a população estudada apresentou 26 títulos diagnósticos agrupados em 8 domínios e 14 classes, segundo a Taxonomia II da NANDA e, cada paciente, em média, 3,1 diagnósticos reais e/ou de risco. Os domínios e classes identificados foram:

Domínios	Classes
✓ Nutrição:	ingestão e hidratação;
✓ Eliminação:	sistema urinário e sistema gastrintestinal;
✓ Atividade/repouso:	sono/repouso, atividade/exercício e respostas cardiovasculares/pulmonares
✓ Percepção/cognição:	cognição e comunicação;
✓ Relacionamentos de papéis:	desempenho de papel;
✓ Enfrentamento/tolerância ao estresse:	respostas de enfrentamentos
✓ Segurança/proteção:	infecção e lesão física;
✓ Conforto:	conforto físico.

Por utilizarmos uma tradução de Sistema de Classificação de diagnósticos de enfermagem norte-americano, surgiram dúvidas, em alguns momentos, na utilização da mesma, em relação à redação de determinados componentes estruturais, fato este,

alertado pela própria tradutora desta taxonomia. Isto nos levou a pequenas adequações para atender algumas normas da língua portuguesa e dar sentido ao texto.

Destaca-se neste ponto, o domínio redigido como “relacionamentos de papel”; o fator relacionado “ameaça de morte” do diagnóstico “Ansiedade e a característica definidora: “capacidade limitada para desempenhar as habilidades motoras” do diagnóstico “Mobilidade física prejudicada”, que com a nossa adequação ficou assim: relacionamentos de pápeis, medo da morte e incapacidade para desempenhar as atividades (em paciente comatoso), respectivamente.

Têm-se ainda, que por esta Taxonomia apresentar uma estrutura multiaxial em desenvolvimento, é permitido, a elaboração de novos diagnósticos através da escolha de conceitos diagnósticos e descritores. Porém, em nosso estudo, procuramos utilizar somente aqueles diagnósticos que foram aprovados para teste, não elaborando novos diagnósticos, em respeito às recomendações da NANDA (2002, p.245).

Consideramos de grande importância o desenvolvimento de estudos sobre os diagnósticos de enfermagem, uma vez que a Nanda está em construção e é revisada a cada 2 anos. Portanto, acreditamos que seja responsabilidade dos enfermeiros contribuir com subsídios para estas revisões.

Esperamos que os resultados deste estudo estimulem os enfermeiros a implantar um modelo de assistência de enfermagem utilizando a Taxonomia da NANDA para diagnósticos de enfermagem, bem como, pesquisas sobre este tema.

No início da nossa experiência com diagnóstico de enfermagem na UTI Coronariana de um Hospital filantrópico, havia como que uma lacuna em relação à qualidade da assistência ao paciente crítico, cujas características também nos levavam

a ter a tendência de não valorizar os cuidados que ultrapassassem os aspectos biológicos.

Nossos conhecimentos acadêmicos, nossas experiências vivenciadas na prática e os resultados desta pesquisa, nos levam à crença de que a aplicação do Processo de enfermagem em UTI resulta na conscientização da equipe quanto à importância da Sistematização da assistência de enfermagem, com ganhos individuais tal a conscientização da necessidade de aprofundar conhecimentos, gerando crescimento profissional.

Portanto, ao término deste trabalho, sentimo-nos enriquecidas com a releitura das atividades e ações realizadas pela equipe de enfermeiros da Unidade Coronariana, no entanto, conscientes do muito que nos falta para que possamos ter a certeza da otimização da qualidade do cuidado prestado ao paciente.

LEI DO DIREITO AUTORAL

Todos os direitos reservados e protegidos
pela Lei 9.610/1998.

Este arquivo não pode ser reproduzido ou
transmitido sejam quais forem os meios
empregados: eletrônicos, mecânicos,
fotográficos ou quaisquer outros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDELLAH, G. F. Methods of Identifying Covert Aspects of Nursing Problems-A Key to Improved Clinical Teaching. *Nursing Research*. v.6, n.1, p.4-23, jun. 1957.

ABRÃO, A.C.F. et al. Utilização do diagnóstico de enfermagem, segundo a classificação da Nanda, para a sistematização da assistência de enfermagem em aleitamento materno. *Rev. Latino-am. Ribeirão Preto*, v.5, n.2, p.49-59, abril. 1997.

ALFARO-LEFREVE, R. Aplicação do processo de enfermagem. Um guia passo a passo. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. 281p.

AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA). Suporte básico de vida. SBV - para provedores de saúde. Rio de Janeiro: ACINDES, 2002a. 247 p.

AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA). Suporte avançado de vida em cardiologia. SAVC - Manual para provedores. Rio de Janeiro: ACINDES, 2002b. 315 p.

BACHION, M.M. Planejamento, implementação e avaliação da assistência de enfermagem. In: FÓRUM MINEIRO DE ENFERMAGEM, 3., 2002, Uberlândia. *Anais...Uberlândia: UFU*, 2002. p.41-49.

BEYERS, M.; DUDAS, S. O processo de enfermagem. In: _____ Enfermagem médico-cirúrgica. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1980. v.1.

BLEGEN, M.A.; REIMER, T.T. Implication of Nursing Taxonomies for Middle Range Theory Development. *Adv. Nurs. Sci*, v.19, n.13, p. 37-49, 1997 apud NÓBREGA, M.M.L.; GUTIERREZ, M.G.R. Equivalência semântica da classificação de fenômenos de enfermagem da CIPE. In: _____ Taxonomias e sistemas de classificação. Versão alfa. João Pessoa: Idéia, 2000. cap 2. p. 25-36.

BCCCHI, S.C.M. et al.. Sistematização da assistência de enfermagem a paciente com luxação de coluna cervical: estudo de caso. *Rev. Latino-am. Enfermagem*. Ribeirão Preto, v.4, n.2, p.113-129, julho, 1996.

LEI DO DIREITO AUTENTAL
 Todos os direitos reservados e protegidos
 Lei 9.610/1998.
 Este arquivo não pode ser reproduzido ou
 transmitido seja por meios eletrônicos ou
 empregados: eletrônicos, mecânicos,
 fotográficos ou quaisquer outros.

BRASIL, Leis, Decretos, etc. Lei n. 7498, de 26 de Junho, 1986. Diário Oficial da União. Brasília, 26 de jun. Seção 1, p.9274.

BUB, M.B.C; BENEDET, S.A. A Teoria de Dorothy Johnson e a Classificação Diagnóstica da NANDA: Um modelo para Unidade de Terapia Intensiva. Cogitare Enfermagem. Curitiba, v.1, n.1, p.67-72, jan/jun. 1996.

CARLSON, J.H.; CRAFT, C.A.; MCGUIRE, A.D. Nursing Diagnosis. Philadelphia: W.B. Saunders, 1982. 258 p.

CARPENITO, L.J. Manual de diagnósticos de enfermagem. 8 ed. Porto Alegre: Artmed, 2001. 516 p.

CARPENITO, L.J. Plano de cuidados de enfermagem e documentação: Diagnósticos de Enfermagem e Problemas Colaborativos 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1999. 739 p.

CARPENITO, L.J. Diagnósticos de Enfermagem: Aplicação à Prática Clínica. 6 ed. Artes Médicas, 1997. 812 p.

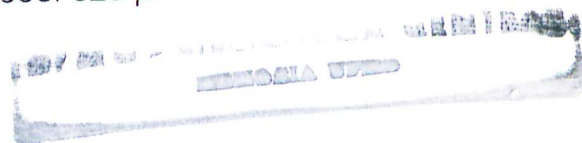
CARVALHO, E. C. de; GARCIA, T. R. Processo de Enfermagem: O Raciocínio e Julgamento Clínico no Estabelecimento do Diagnóstico de Enfermagem. In: FÓRUM MINEIRO DE ENFERMAGEM, 3., 2002, Uberlândia. **Anais...**Uberlândia: UFU, 2002. p.29-40.

CHIANCA, T.C.M. As classificações da prática de enfermagem: diagnósticos, intervenções e resultados. In: FÓRUM MINEIRO DE ENFERMAGEM, 3., 2002, Uberlândia. **Anais...**Uberlândia: UFU, 2002. p.50-66.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM (COREN). Resolução COFEN nº 272/2002, de 27 de Agosto de 2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem –SAE- nas Instituições de Saúde Brasileiras. Belo Horizonte, 2003, v. 9, n.1, p.81-83, set. 2003.

CRUZ, D. de A. L. M da. Diagnóstico de Enfermagem: aspectos históricos e definições. Rev. Paul Enf. São Paulo, v.13 ,n.1/3, p.3-7, jan-dez. 1994.

- DALRI, M. C. B. Perfil diagnóstico de enfermagem de pacientes queimados segundo o modelo conceitual de Horta e a taxonomia I revisada da Nanda. 1993. 203 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1993.
- DEIENNO, S.R. et al. Proposta de aplicação do método de solução de problemas na assistência de enfermagem em Centro de Terapia Intensiva. *Rev. Bras. Enf.* Brasília, v. 46, n. 3-4, p. 327-336, jul-dez. 1993.
- DEMO, P. Teorias Para quê? In: SIBRATEN, 1., 1985, Florianópolis, SC. **Anais...** Florianópolis: USF, 1985. p.52-68.
- DOENGES, M. E; MOORHOUSE, M.F. Diagnóstico e Intervenção em Enfermagem 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 1999. 559 p.
- FALCO, M. S. Faye Glenn Abdellah. In: GEORGE, J. B et al. Teorias de enfermagem. Os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: Artmed, 2000. 4. ed. cap.9, p.119-130.
- FURUKAWA, C.Y. Virgínia Henderson. In: GEORGE, J. B et al. Teorias de enfermagem. Os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: Artmed, 2000. 4. ed. cap.5, p.59-72.
- GIL, A C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991. 207p.
- HORTA, W.de A. Processo de enfermagem. 1ºed. São Paulo: E.P.U: Ed. da Universidade de São Paulo, 1979. 99 p.
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN). International Classification for Nursing Practice-Beta. Geneva, Switzerland: ICN, 1999 apud CARVALHO, E. C. de; GARCIA, T. R. Processo de Enfermagem: O Raciocínio e Julgamento Clínico no Estabelecimento do Diagnóstico de Enfermagem. In: FÓRUM MINEIRO DE ENFERMAGEM, 3., 2002, Uberlândia. **Anais...** Uberlândia: UFU, 2002. p.29-40
- IYER, P.W.; TAPTICH, B.J.; BERNOCCHI-LOSEY, D. Processo e diagnóstico em enfermagem. 1. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 325 p.



JESUS, C.A.C. Sistematização da assistência de enfermagem: evolução histórica e situação atual. In: FÓRUM MINEIRO DE ENFERMAGEM, 3., 2002, Uberlândia. **Anais...**Uberlândia: UFU, 2002.p.14-20.

JULIAN, D.G; COWAN, J.C. Cardiologia. 6ª ed. São Paulo: Santos, 2001. 404p.

LEONARD, M.K; Myra Estrin Levine. In: GEORGE, J.B. et al. Teorias de Enfermagem: Os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas. 1993. cap. 12, p.164-173.

LOPES, M,; MEDEIROS, J.L. Semiologia Médica: As bases do diagnóstico clínico. 4. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2001, 2 v. cap.16/28. p.287-309/509-529.

NIGHTINGALE, F. Notas sobre enfermagem. São Paulo: Cortez, 1989. 174p.

NÓBREGA, M.M.L.; GUTIERREZ, M.G.R. Equivalência semântica da classificação de fenômenos de enfermagem da CIPE. In: _____. Taxonomias e sistemas de classificação. Versão alfa. João Pessoa: Idéia, 2000. cap 2. p. 25-36.

NORTH AMERICAN NURSING ASSOCIATION- NANDA. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação- 2001-2002. Trad. Jeanne Liliane Marlene Michel. Porto Alegre: Artmed, 2002. 288p.

ORLANDO, I. J. O relacionamento dinâmico enfermeira-paciente. Função, processo e princípios. São Paulo: E.P.U., EDUSP, 1978. cap.3. p 39-80.

OSAWA, C. Implantação e desenvolvimento do processo de enfermagem em UTI. In: CICLO DE DEBATES SOBRE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM, 1., 1988, São Paulo. **Anais...**São Paulo. p.46-53.

PAUL, C.; REEVES, S. J. Visão Geral do processo de Enfermagem. In: GEORGE, J.B. et. al. Teorias de Enfermagem: Os fundamentos a prática profissional. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. cap.2, p.21-32.

- POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 391p.
- RASCH, R.F.R. The nature of taxonomy. Image: Journal of Nursing Scholarship. V. 19, n.3, p.147-149, 1987 apud NÓBREGA, M.M.L.; GUTIERREZ, M.G.R. Equivalência semântica da classificação de fenômenos de enfermagem da CIPE. In: Taxonomias e sistemas de classificação. Versão alfa. João Pessoa: Idéia, 2000. cap 2. p. 25-36.
- ROSSI, L.A; CARVALHO, E.C. A coleta de dados: relação com modelos, filosofia institucional e recursos disponíveis. In: FÓRUM MINEIRO DE ENFERMAGEM, 3., 2002, Uberlândia. **Anais...**Uberlândia: UFU, 2002.p.21-28.
- ROUQUAYROL, M.Z; ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia e saúde. 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. 570 p.
- SANTANA, J.S.S, da; CARVALHO, R.C, de. Sistematização da Assistência de enfermagem em creche: Reflexões de uma prática. Rev Nursing. São Paulo, p.24-27, mai.. 2000.
- SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. Enfermagem Médico-Cirúrgica. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara- Koogan, 1994. 4 v. cap 28. 828 p.
- SOUZA, M. O surgimento e a evolução histórica das teorias de enfermagem. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 3., 1989, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis.p.230-248.
- STANTON, M.; PAUL, C., REEVES, L.S. Um resumo do Processo de Enfermagem. In: GEORGE, J. B. et al. Teorias de Enfermagem: Os fundamentos para a prática profissional. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. cap. 2, p.24-37.
- WEBSTER'S OF AMERICAN ENGLISH. New World Dictionary. 3º ed. New York, NY: Simon e Schuster, Inc., 1991. 1574 p.

LEI DO DIREITO AUTORAL

Todos os direitos reservados e protegidos pela Lei 9.610/1998.

Este arquivo não pode ser reproduzido ou transmitido sejam quais forem os meios empregados: eletrônicos, mecânicos, fotográficos ou quaisquer outros.

ANEXOS

ANEXOS**Anexo A****Ficha para coleta de dados****1. Identificação do paciente:**

Número do Histórico: _____

Idade: 20 – 40 anos
 40 I– 60 anos
 > 60 anosSexo: Masculino
 FemininoEstado Civil: Solteiro/Separado
 Casado
 ViúvoFonte mantenedora: SUS
 Plano Saúde PrivadoTipo de Alta: Óbito
 Transferência

Ocupação: _____

Religião: _____

2. Síndrome Coronariana Aguda: Sem CAT e/ou PTCA.
 Com CAT e/ou PTCA.**3. Condições associadas:** HAS Hipertiroidismo
 DM Dislipidemias
 Tabagismo Hereditariedade
 Outras _____

LEI DO DIREITO AUTORAL
Todos os direitos reservados e protegidos
pela Lei 9.610/1998.
Este arquivo não pode ser reproduzido ou
transmitido sejam quais forem os meios
empregados: eletrônicos, mecânicos,
fotográficos ou quaisquer outros.

4-Diagnósticos de Enfermagem

A Conservação de Energia:

- | | |
|---------------------------------|-----|
| 1-Ansiedade | [] |
| 2-Confusão aguda | [] |
| 3-Confusão crônica | [] |
| 4-Constipação | [] |
| 5-Débito cardíaco diminuído | [] |
| 6-Déficit de volume de líquidos | [] |
| 7-Deglutição prejudicada | [] |
| 8-Diarréia | [] |
| 9-Distúrbio do padrão do sono | [] |
| 10-Dor | [] |
| 11-Eliminação urinária alterada | [] |
| 12-Excesso de vol. de líquido | [] |
| 13-Hipertermia | [] |
| 14-Hipotermia | [] |
| 15-Intolerância à atividade | [] |
| 16-Incontinência intestinal | [] |
| 17-Nutrição alterada p/ mais | [] |
| 18-Nutrição alterada p/ menos | [] |
| 19-Padrão respiratório ineficaz | [] |
| 20-Risco p/ disf. neurov.perif. | [] |
| 21-Sind. do estresse p/ mud. | [] |
| 22-Temorregulação ineficaz | [] |
| 23-Troca de gases prejudicada | [] |
| 24-Risco p/ constipação | [] |
| Outros | [] |

B. Conservação da integridade estrutural

- | | |
|------------------------------------|-----|
| 1-Capac. adapt. ↓ intracraniana | [] |
| 2-Comunicação verbal prej. | [] |
| 3-Desob. ineficaz. de via aérea | [] |
| 4-Incapac para manter vent esp | [] |
| 5-Integridade da pele prejudicada | [] |
| 6-Integridade tissular prejudicada | [] |
| 7-Membrana da mucosa oral prej | [] |

- | | |
|---|-----|
| 8-Mobilidade física prejudicada | [] |
| 9-Mobilidade no leito prejudicada | [] |
| 10-Recuperação cirúrgica retardada | [] |
| 11-Risco para aspiração | [] |
| 12-Risco para infecção | [] |
| 13-Risco para integridade da pele prejudicada | [] |
| 14-Proteção alterada | [] |
| 15-Perfusão tissular periférica alterada | [] |
| Outros | [] |

C Conservação da integridade pessoal

- | | |
|---|-----|
| 1-Adaptação prejudicada | [] |
| 2-Alterações sensoriais de percepção | [] |
| 3-Conflito de decisão | [] |
| 4-Déficit no autocuidado para alimentação | [] |
| 5-Distúrbios de auto-estima | [] |
| 6-Enfretamento individual ineficaz | [] |
| 7-Processo de pensamentos alterados | [] |
| 8-Déficit de conhecimento | [] |
| 9-Medo | [] |
| Outros | [] |

D. Conservação da integridade social


- | | |
|---|-----|
| 1-Angustia espiritual | [] |
| 2-Enfretamento familiar ineficaz: comprometido | [] |
| 3-Enfretamento familiar ineficaz: incapacitante | [] |
| 4-Sind. da interpretação ambiental prejudicada | [] |
| 5-Interação social prejudicada | [] |
| 6-Processos familiares alterados | [] |
| 7-Risco para violência: direcionado a outros | [] |
| Outros | [] |

LEIDO DIREITO AUTORAL
 Todos os direitos reservados e protegidos
 pela Lei 9.610/1998.
 Este arquivo não pode ser reproduzido ou
 transmitido sejam quais forem os meios
 empregados: eletrônicos, mecânicos,
 fotográficos ou quaisquer outros.

Anexo B- Instrumento para Histórico e Diagnóstico de enfermagem

LEIDO DIRETO AUTORAL
 Todos os direitos reservados e protegidos
 pela Lei 9.610/1998.
 Este documento não pode ser reproduzido ou
 transmitido por quaisquer meios físicos, mecânicos,
 eletrônicos ou quaisquer outros.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FUNDAMENTADA NA TEORIA DE "MYRA ESTRIN LEVINE"



HISTÓRICO DE ENFERMAGEM
- CTI - ADULTO / SC -

Data Admissão no CTI: _____

Data internação no Hospital: _____

Local - sigla: _____

INTEGRIDADE PESSOAL

Nome Paciente: _____ Idade: _____

Sexo: _____ Categoria: _____ Diagnóstico: _____

História Pregressa: _____

História de lesões e solidificações: _____

Reato de energia e medicamentos: _____

Conhecimento relativo a doenças e ao tratamento: _____

INTEGRIDADE SOCIAL

História familiar patológica: _____

Religião, Crença: _____ Pessoas ou elementos importantes (familiares, amigos...): _____

CONSERVAÇÃO DE ENERGIA / INTEGRIDADE ESTRUTURAL

Termorregulação: _____

Hidrataçao: _____

Observações no decorrer do plantão: _____

Alerta Neurológica: _____

Escala de Coma de Glasgow (TOTAL: _____)

<p>Abertura Ocular</p> <p>(4) Espontânea</p> <p>(3) Ao comando verbal</p> <p>(2) A dor</p> <p>(1) Ausente</p>	<p>Resposta Motora</p> <p>(6) Obedece à comando</p> <p>(5) Localização à dor</p> <p>(4) Flexão inespecífica (retirada)</p> <p>(3) Flexão hipertônica</p> <p>(2) Extensão hipertônica</p> <p>(1) Sem resposta</p>	<p>Resposta Verbal</p> <p>(5) Orientado e conservando</p> <p>(4) Desorientado e conservando</p> <p>(3) Palavras inapropriadas</p> <p>(2) Sons incompreensíveis</p> <p>(1) Sem resposta</p>
--	---	---

Intubação orotraqueal e orgão fônica: _____

VO: Tipo _____ / _____ ml/h Boa Tolerância

Suspensa. Porquê: _____ SNG. Estase _____ / 3 horas Má tolerância

NPT _____ ml / h

Mobilização Flexão: _____

Mudança espontânea Mudança com estímulo Mudança com pequena assistência Mudança com assistência completa

Hábito Urinário: _____

Espontânea Coletor Práida SVD Estimulada

Hábito Intestinal: Tipo: _____ Ausente Quantos dias: _____

Presente Quantidade: _____

Aspecto: _____

Observações no decorrer do plantão: _____

Assistência Sens: _____

Anictérico Ictérico _____ + / 4 + Corado Hipocorado _____ + / 4 +

Acianótico Cianótico _____ + / 4 + Hidratado Desidratado _____ + / 4 +

CO2NG entegiao Carica (cabeca, oido, nariz e garganta): _____

Crax ventral e tronco dorsal: _____

Este arquivo não pode ser reproduzido ou
 transmitido sejam quais forem os meios
 empregados: eletrônicos, mecânicos,
 fotográficos ou quaisquer outros.

Abdome: Tenso Distendido RHA: Presentes Ausentes Timpanístico Presentes Ausentes Visceromegalias: Presentes Ausentes
 Normotenso Globoso Côncavo Ausentes

Centenas: _____

MMSS e MMII: _____

Aparelho Respiratório: Taquipneico Roncos - locais: _____ VM - Tipo: _____ PEEP: _____
 Eupneico Bradipneico Sibilos - locais: _____ FIO₂: _____
 Dispneico MVF sem RA Crepitações locais: _____ PS: _____
 Macro: _____ litro MNB: _____ / _____ hs. Cateter Nasal Ar ambiente Outros: _____

Aparelho Cardiovascular: BNRNF (Dulhas: AO/Pulm/Tric/mitral) Outros _____
 Eucárdio Taquicárdio Filiforme BAV _____ grau Hipotensão Hipertensão PVC: valor _____ mmHg
 Bradicárdio Rítmico Normotenso Hipotensão Hipertensão

Observações no decorrer do plantão: _____
 Avaliação Específica de Risco de Ocorrência de Úlcera de Pressão - Escala de Braden (TOTAL: _____)
 LEGENDA: < 11 Risco Aumentado 12-14 - Risco Moderado > 14 - Risco Diminuído
 REAVALIAÇÃO: 6 d score _____ 12 d score _____

Percepção Sensorial

(4) Responde ao comando verbal.

(3) Responde ao comando verbal com limitação não informando desconforto.

(2) Responde aos estímulos dolorosos

(1) Sem respostas estímulos dolorosos

Atividades Físicas

(4) Caminha pelo quarto a cada 2 horas

(3) Caminha ocasionalmente com ou sem ajuda

(2) Capacidade de caminhar é muito limitada

(1) Confinado no leito

Umidade a que a pele está exposta

(4) Sem umidade paciente trocado somente em intervalos de rotina

(3) Fica molhado ocasionalmente

(2) Pele úmida, trocando o lençol mais de uma vez por turno

(1) Pele fica sempre úmida necessitando trocas frequentes

Posicionamento Corporal

(4) Faz mudança de posição com frequência, sem ajuda

(3) Faz mudança de posição com pouca frequência, sem ajuda

(2) Faz, ocasionalmente, pequenas mudanças de posição ou de extremidades

(1) Completamente imóvel

Nutrição

(4) Recebe 4 refeições/dia, com proteína, sem suplementação

(3) Recebe 4 refeições/dia, com proteína, com suplementação

(2) Recebe 3 refeições/dia, com proteína raramente come uma completa, ocasionalmente recebe suplementação

(1) Nunca come uma refeição completa, recebe dieta líquida

Contato entre pele e lençol x mobilidade do Paciente

(3) Movimenta-se independentemente, mantendo a posição na cadeira/leito

(2) Movimenta-se com pequena assistência, mantendo relativo bom posicionamento na cadeira/leito, e deslizando algumas vezes

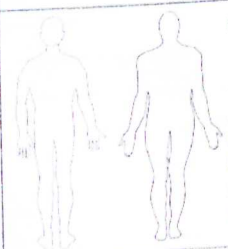
(1) Movimenta-se com completa assistência e sempre desliza no leito ou cadeira

Medidas Preventivas (Total abaixo de 14)

Protetor de cabeça Colchão Protetor de calcanhar
 Mudança de decúbito Loção oleosa Protetor região sacral

Prevenção e Avaliação de Lesões Cutâneas

Presença de lesões cutâneas: Sim Não Quantas: _____
 Locais: _____



Estágio I - Hiperemia, descoloração ou endurecimento da pele.
 Estágio II - Ruptura da derme, ulceração superficial (abrasão, bolha, cratera rasa).
 Estágio III - Destruição da derme com tecido necrosado.
 Estágio IV - Úlcera extensa atingindo músculos, tendões e ossos.

Mensuração da ferida:	Maior Extensão: Horizontal _____ cm	Profundidade _____ cm	Vertical _____ cm	Solapamento _____ cm	Presença de tecido necrótico:	Mensuração da ferida:	Maior Extensão: Horizontal _____ cm	Profundidade _____ cm	Vertical _____ cm	Solapamento _____ cm	Presença de tecido necrótico:
Local: _____	<input type="checkbox"/> Sim _____ %	<input type="checkbox"/> Não	Local: _____	<input type="checkbox"/> Sim _____ %	<input type="checkbox"/> Não	Local: _____	<input type="checkbox"/> Sim _____ %	<input type="checkbox"/> Não	Local: _____	<input type="checkbox"/> Sim _____ %	<input type="checkbox"/> Não

Albumina Sérica: _____ (valor de referência 3,5 - 5,5g/dl)
 Característica das Feridas: 0 Nenhuma 2 Moderada Edema Discreto Aumentado
 Dor: Mensurável Não Mensurável 1 Razoável Moderado

Diagrama de Enfermagem		DATA/LEGENDA:											
Diagnóstico		(-) Detecção (-) Evolução (-) Resolução											
CONSERVAÇÃO DE ENERGIA													
<input type="checkbox"/> Ansiedade													
<input type="checkbox"/> Confusão aguda													
<input type="checkbox"/> Confusão crônica													
<input type="checkbox"/> Constipação													
<input type="checkbox"/> Débito cardíaco diminuído													
<input type="checkbox"/> Déficit de volume de líquidos													
<input type="checkbox"/> Deglutição prejudicada													
<input type="checkbox"/> Diarréia													
<input type="checkbox"/> Distúrbio no padrão de sono													
<input type="checkbox"/> Dor													
<input type="checkbox"/> Eliminação urinária alterada													
<input type="checkbox"/> Excesso de volume de líquidos													
<input type="checkbox"/> Hipotermia													
<input type="checkbox"/> Hipotermia													
<input type="checkbox"/> Intolerância à atividade													
<input type="checkbox"/> Nutrição alterada: Mais que as necessidades corporais													
<input type="checkbox"/> Nutrição alterada: Menos que as necessidades corporais													
<input type="checkbox"/> Termorregulação ineficaz													
INTEGRIDADE ESTRUTURAL													
<input type="checkbox"/> Capacidade adaptativa diminuída intracraniana													
<input type="checkbox"/> Comunicação verbal prejudicada													
<input type="checkbox"/> Desobstrução ineficaz de vias aéreas													
<input type="checkbox"/> Incapacidade para manter ventilação espontânea													
<input type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada													
<input type="checkbox"/> Integridade tissular prejudicada													
<input type="checkbox"/> Membrana mucosa oral prejudicada													
<input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada													
<input type="checkbox"/> Mobilidade no leito prejudicada													
<input type="checkbox"/> Recuperação Cirúrgica retardada													
<input type="checkbox"/> Termorregulação ineficaz													
<input type="checkbox"/> Risco para infecção													
<input type="checkbox"/> Risco para integridade da pele prejudicada													
INTEGRIDADE PESSOAL													
<input type="checkbox"/> Adaptação prejudicada													
<input type="checkbox"/> Conflito de decisão													
<input type="checkbox"/> Processo de pensamentos alterados													
INTEGRIDADE SOCIAL													
<input type="checkbox"/> Enfrentamento familiar ineficaz: comprometido													
<input type="checkbox"/> Enfrentamento familiar ineficaz: incapacitante													
<input type="checkbox"/> Integridade social prejudicada													
<input type="checkbox"/> Processos familiares alterados													

Todos os direitos reservados e protegidos pela Lei nº 6101/1998.
 Este arquivo não pode ser reproduzido ou transmitido sem quaisquer meios eletrônicos, mecânicos, fotográficos ou quaisquer outros.

Anexo C – Folha de rosto para pesquisa envolvendo seres humanos

LEI DO DIREITO AUTORAL
 Todos os direitos reservados e protegidos pela Lei 9.610/1998.
 Este arquivo não pode ser reproduzido ou transmitido sejam quais forem os meios empregados: eletrônicos, mecânicos, fotográficos ou quaisquer outros.

MINISTERIO DA SAUDE
 Conselho Nacional da Saúde
 Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1 Projeto de Pesquisa
Perfil Diagnóstico de Enfermagem em Pacientes Portadores de Coronariopatias: Um Estudo em Unidades de Terapia Intensiva Adulta de um Hospital Filantrópico (Título Provisório)

2 Área de Conhecimento (conforme relação no verso)
 Ciências da saúde

3 Área Temática (conforme relação no verso)
 Novos procedimentos ainda não consignados na literatura

4 Nivel (Para áreas do recebimento 3 a 4)
D

5 Código
 404

6 Colégio
 5

7 Base (para área 3)

8 Termos, metodologia da assistência diagnósticos de enfermagem, terapia intensiva
PESQUISADOR RESPONSÁVEL:

9 Nome:
 Daack Vilma Carvalho

10 Identidade:
 M. 179723

11 CPF:
 184280976-34

12 Nacionalidade:
 Brasileira

13 Estado de origem:
 Bahia

14 Município/Titulação:
 Doutor

15 Profissão:
 Enfermeira

16 Cargo:
 Professora adjunta

17 Endereço (Rua, nº):
 R. Tenente Garcia, 95 - Apto 7011

18 CEP:
 30340360

19 Cidade:
 BH

20 U.F.:
 MG

21 Fone:
 3227-7379

22 Fax:
 3248-9853

23 E-mail:
 daack@ufmg.br

10 Instituição a que pertence:
 Escola de Enfermagem - UFMG

Termo de Compromisso:
 Declaro que conheço e cumpro os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e aceito a responsabilidade pela condução científica do projeto acima.

11 Data: 27/03/03
Assinatura: Vilma Carvalho

INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADO

24 Nome:
 Hospital Santa Casa de Belo Horizonte

25 Unidade/órgão:
 Unidade de Terapia Intensiva

26 Projeto Multicêntrico:
 Sim () Não (X)

27 Outras instituições participantes, inclusive estrangeiras: (ver verso SS)
 Participação Estrangeira: () Sim (X) Não

28 Endereço (Rua, nº):
 Avenida Francisco Sales, 111 - Bairro Santa Efigênia

29 CEP:
 30150-221

30 Cidade:
 Belo Horizonte

31 U.F.:
 Minas Gerais

32 Fone:
 031-32382130

32 Fax:

Termo de Compromisso:
 Declaro que conheço e cumpro os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e aceito a responsabilidade pela condução científica do projeto acima.

33 Data: 27/03/03
Assinatura: Engenheiros Coelho Vieira
 Engenheiro Técnico - SCMBH

PATROCINADOR Não se aplica (X)

34 Nome:

35 Responsável:

36 Endereço:

37 CEP:

38 Cidade:

39 U.F.:

40 Fone:

41 Fax:

30 Comitê/Etíca

42 Nome do Comitê/Etíca:
 COMITE DE ETICA EM PESQUISA - COEP

43 Data de entrada:

44 Protocolo:

45 Conclusão Aprovada:
 Data: / /

46 Não Aprecia ()
 Data: / /

47 Relatório do pesquisador previsto para:

48 Os dados acima para registro ()
 para apreciação ()

49 O projeto

50 Data: / /

51 Assinatura do Coordenador:
 Assinatura: _____
 Assinatura: _____

52 Protocolo:

53 Data de Recebimento: / /

54 Registro no banco de dados:

55 Observações:

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA

Anexo D- Parecer nºETIC 139/ 03 do Comitê de Ética em pesquisa da UFMG-

COEP

UFMG

Universidade Federal de Minas Gerais
Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP

Parecer n.º ETIC 139/03

Interessadas: Profª. Dra. Daclê Vilma Carvalho e
Ana Maria Pinheiro Gonçalves
Pós Graduação - EEnf/UFMG

VOTO:

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou no dia 21 de maio de 2003 o projeto de pesquisa intitulado « **Perfil diagnóstico de enfermagem em pacientes portadores de coronariopatias: um estudo em unidades de terapia intensiva adulta de um hospital filantrópico** ».

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início da pesquisa.


Profª. Dra. Efigênia Ferreira e Ferreira
Vice - Presidente do COEP