



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - UFAL**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA - ESENFAR**  
**COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA - CPGP**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM (MESTRADO)**



**ELAINE KRISTHINE ROCHA MONTEIRO**

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA  
CARDIOLÓGICA: contribuição para o Processo de Enfermagem**

**MACEIÓ**  
**2015**

**ELAINE KRISTHINE ROCHA MONTEIRO**

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA  
CARDIOLÓGICA: contribuição para o Processo de Enfermagem**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Área de Concentração: Enfermagem na promoção da vida e no cuidado em saúde

Linha de Pesquisa: Enfermagem, vida, saúde, cuidado dos grupos humanos

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Regina Maria dos Santos

**Maceió  
2015**

**Catálogo na fonte**  
**Universidade Federal de Alagoas**  
**Biblioteca Central**  
**Divisão de Tratamento Técnico Bibliotecária**  
**Bibliotecária: Lucia Lima do Nascimento.**

M775d Monteiro, Elaine Kristhine Rocha.  
Diagnósticos de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva cardiológica: contribuição para o processo de enfermagem / Elaine Kristhine Rocha Monteiro. – 2015.  
86 f.

Orientadora: Regina Maria dos Santos.  
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem e Farmácia. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Maceió, 2015.

Bibliografia: f. 69-79.  
Apêndices: f. 81.83.  
Anexos: f. 84-86.

1. Processos de enfermagem. 2. Diagnóstico de enfermagem – Pacientes cardíacos. 3. Unidade de Terapia Intensiva. 4. Teoria de enfermagem. 5. Terminologia. I. Título.

CDU: 616-083.98

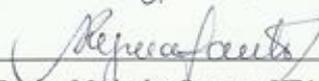
**FOLHA DE APROVAÇÃO**

**ELAINE KRISTHINNE ROCHA MONTEIRO**

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA  
INTENSIVA CARDIOLÓGICA: contribuição para o Processo de Enfermagem**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Mestrado) da Universidade Federal de Alagoas – Área de concentração **Enfermagem no cuidado em saúde e na promoção da vida**, Linha de Pesquisa **Enfermagem, Vida, Saúde, Cuidado dos Grupos Humanos**, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: 20 de março de 2015.

  
\_\_\_\_\_  
Prof.ª Dr.ª Regina Maria dos Santos – UFAL (Orientadora)

**BANCA EXAMINADORA:**

  
\_\_\_\_\_  
Prof.ª Dr.ª Telma Ribeiro Garcia – UFPB (Examinador externo)

  
\_\_\_\_\_  
Prof.ª Dr.ª Elizabeth Moura Soares de Souza – UFAL Examinador Interno

*Primeiramente a Deus, minha luz e meu caminhar. Às minhas filhas, Lorena e Maria Isabel, por tolerarem minha ausência durante todo este tempo e mesmo assim me fortalecerem ao longo desta caminhada. Ao meu amado esposo Ailton por toda paciência, companheirismo e ajuda constante. Compartilho o mérito desta conquista com vocês. E foi simples assim: em uma manhã, um serviço, um trabalho em comum e a vida me apresentou a ti e me presenteou com a felicidade. Aos meus amados pais, irmãos e minha avó por todo amor desprendido ao longo de minha vida. À professora Regina por acreditar em mim, abraçar e compartilhar a possibilidade deste sonho.*

## AGRADECIMENTOS

A Deus minha força diária, sem a Tua presença Senhor, em minha vida, nada disto seria possível.

Minha mãe Gorete, meu porto seguro, guerreira, mulher forte que me presenteou ao longo da minha vida com muito amor, compreensão e dedicação. Te amo muito.

A meu pai Monteiro, por todo amor, carinho e oportunidade ofertada ao longo de minha vida.

À minha avó Juracy, exemplo de força, fé e coragem, em quem me espelho todos os dias para me tornar um ser humano melhor.

À minha filha Lorena que desde pequena encara minhas ausências e simplesmente compreende, ama e cuida constantemente para que eu seja mais feliz. Filha você é meu tesouro, te amo sempre.

À minha pequenina Bebel, flor linda, presente divino, minha fonte de alegria diária que torna o meu viver completo. Minha Beribela, meu pedacinho do céu, amo você.

Ao meu amado esposo Ailton, agradeço todo companheirismo, as horas da madrugada procurando entender minhas ideias, construindo minha estatística, em sua constante paciência, suportando minhas aflições e compreendendo minha ausência. Amor, sua presença em minha vida me torna cada dia melhor. Amo você.

Aos meus irmãos pelo amor e respeito que temos pelo outro, por precisarem de mim e entenderem meus períodos de ausência. Amo vocês.

Aos meus sogros Ailton e Deusde, a minha cunhada Rosângela e a minha sobrinha Bia que estiveram presentes me ajudando com Bebel para que eu pudesse estudar. Vocês são minha família querida.

À minha querida orientadora professora Regina a quem agradeço por desde o início acreditar que seria possível. Toda paciência dedicada nas orientações e compreensão das minhas dificuldades e deficiências. Um exemplo de profissional e ser humano.

Minha amiga Zandra Candiotti, início de todo sonho, incentivo e apoio. Minha “mãezona”, consegui!

À Universidade Federal de Alagoas e ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem por me permitir viver esta experiência única e realizadora.

Ao corpo docente da ESENFAR pelo conhecimento ofertado que favoreceu a contínua construção do meu.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (CAPES), por possibilitar a realização do Programa de Pós-Graduação.

À professora Dra. Maria Cristina Figueiredo Trezza, por aceitar o convite para compor a banca de qualificação e suas valorosas contribuições.

À professora Dra. Elizabeth Souza, por aceitar o convite para compor a banca de qualificação e defesa, por ter me acolhido e colaborado com suas considerações na construção da dissertação.

À professora Dra. Telma Ribeiro Garcia, por aceitar o convite em compor a banca de qualificação e defesa e suas valiosas contribuições.

À professora Dra. Josete Luzia Leite, por aceitar o convite em compor a banca de defesa e suas valiosas contribuições.

À Direção do Hospital onde ocorreu a coleta de dados por possibilitar o desenvolvimento deste estudo.

À Coordenação de Enfermagem do Hospital, Isabella Malta Maranhão e Milena Coutinho, que apoiaram a realização deste estudo e a todo corpo de enfermagem.

Ao Corpo de Bombeiros Militar de Alagoas e a Faculdade Estácio de Alagoas, pela compreensão e liberação em favor do meu crescimento profissional.

Aos pacientes que me ofertaram a possibilidade de conhecê-los e conduzir esta etapa da minha vida.

À querida turma de pós-graduação, em particular minhas amigas Raíssa, Camila, Cinthia e Thyara. Rimos juntos, estudamos juntos, compartilhamos lágrimas e enfim vencemos. Amo vocês.

À minha aluna Adriana Tenório pelo apoio, interesse, carinho e ajuda na concretização deste sonho. E a todos que de alguma forma contribuíram para realização de mais uma etapa dos meus estudos.

**Muito obrigada!**

*Viver é acalentar sonhos e esperanças, fazendo da fé a nossa  
inspiração maior. É buscar nas pequenas coisas,  
um grande motivo para ser feliz!*

*Mário Quintana*

## RESUMO

Este estudo objetivou identificar os diagnósticos de enfermagem mais frequentes em indivíduos internados em UTI cardiológica e analisar as associações existentes entre os diagnósticos de enfermagem mais frequentes e as características sociodemográficas de seus portadores. Tratou-se de um estudo quantitativo transversal com uma amostra de 68 pacientes internados em uma UTI cardiológica do estado de Alagoas. Teve como critérios de inclusão: pacientes lúcidos, no período de 48 horas de internação hospitalar, com as funções vitais já estabilizadas, sendo capazes de responder às perguntas da anamnese. A coleta de dados teve como marco orientador a Teoria das Necessidades Humanas Básicas e foi realizada no período de junho a novembro de 2014. Para orientar o estabelecimento dos diagnósticos de Enfermagem utilizou-se a Classificação Internacional para Prática de Enfermagem. Um banco de dados foi construído com as informações coletadas em programa SPSS versão 21 para análise da associação entre características da amostra e os diagnósticos mais frequentes. Foram identificados 113 DE. Os diagnósticos apontados como mais frequentes foram os que obtiveram percentil igual ou superior a 50%, totalizando 25: 21 dentro das necessidades psicobiológicas; 3 dentro das necessidades psicossociais; e 1 dentro das necessidades psicoespirituais. Entre os DE mais frequentes o risco de infecção, risco de perfusão tissular ineficaz e risco de débito cardíaco prejudicado estiveram presentes em mais de 75% dos pacientes, classificados nas necessidades humanas quanto à segurança física, regulação cardiovascular e oxigenação. O DE ansiedade moderada classificado nas necessidades psicossociais de gregária e segurança emocional esteve presente em 95,59% dos pacientes estudados.

**Descritores:** Processos de Enfermagem. Diagnóstico de Enfermagem. Teoria de Enfermagem. Unidade de Terapia Intensiva. Terminologia.

## ABSTRACT

This study aimed to identify the most frequent nursing diagnoses in hospitalized individuals in cardiology ICU and analyze associations between the frequent nursing diagnoses and social-demographic characteristics of their carriers. This was a cross-sectional quantitative study within a sample of 68 patients who were hospitalized in a cardiology ICU of the State of Alagoas, Brazil. The inclusion criteria were: lucid patients within 48 hours of hospitalization, with stabilized vital functions and able to answer the anamnesis questions. Data collection was guided by the Theory of Basic Human Needs (TNBH) and was carried out between June and November 2014. To guide the establishment of nursing diagnoses, it was used the International Classification for Nursing Practice (CIPE<sup>®</sup>). The information collected was used to build a database in SPSS software version 21 for analysis and association of sample and the most frequent diagnoses. 113 Diagnoses were identified. The diagnoses found to be more frequent are the ones that obtained a 50% or more percentile totaling 25: 21 within the psychobiological needs; 3 within the psychosocial needs; and 1 within psychospiritual needs. Among the most frequent nursing diagnoses the risk of infection, risk of ineffective tissue perfusion and risk of impaired cardiac output were present in over 75% of patients classified on human needs as to physical security, cardiovascular regulation and oxygenation. The nursing diagnosis on moderate anxiety ranked in the psychosocial needs of gregarious and emotional security was present in 95.59% of patients.

**Descriptors:** Nursing Process. Nursing Diagnosis. Nursing Theory. Intensive Care Unit. Terminologies.

## LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 – Classificação das Necessidades Humanas conforme Wanda Horta. ....	28
Tabela 1 – Distribuição dos pacientes hospitalizados em uma UTI cardiológica segundo idade, peso, altura e IMC (n=68). Maceió, 2015 .....	43
Tabela 2 – Descrição dos dados sociodemográficos dos pacientes hospitalizados em uma UTI cardiológica (n=68). Maceió, 2015. ....	44
Tabela 3 - Distribuição dos hábitos de vida e condições clínicas dos pacientes hospitalizados em uma UTI cardiológica (n=68). Maceió, 2015. ....	45
Tabela 4 – Descrição da morbidade dos pacientes hospitalizados em uma UTI cardiológica (n=68). Maceió, 2015.....	45
Tabela 5 – Associação da circunferência abdominal com o risco cardiovascular através da distribuição do valor da medida da circunferência abdominal dos pacientes segundo o sexo. Maceió, 2015. ....	46
Tabela 6 - Distribuição dos DE mais frequentes classificados segundo as NHB afetadas proposta por Horta em pacientes hospitalizados em uma UTI cardiológica. Maceió, 2015....	47
Tabela 7 - Descrição dos DE mais frequentes vinculados as NHB psicobiológicas e seu indicadores em pacientes hospitalizados em uma UTI cardiológica. Maceió, 2015. ....	49
Tabela 8 - Distribuição dos DE mais frequentes vinculados às NHB psicossociais segundo indicadores. Maceió, 2015.....	53
Tabela 9 - Distribuição dos DE mais frequentes vinculados às NHB psicoespirituais segundo indicadores. Maceió, 2015.....	53
Tabela 10 - Associação do DE risco de perfusão tissular ineficaz com as variáveis independentes (idade, peso e circunferência abdominal). Maceió, 2015.....	54
Tabela 11 - Associação do DE risco de débito cardíaco prejudicado com as variáveis independentes (idade, peso e circunferência abdominal). Maceió, 2015.....	54
Tabela 12 - Associação do DE risco de pressão arterial alterada com as variáveis independentes (idade, peso e circunferência abdominal). Maceió, 2015.....	55

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Figura 1. Modelo do Processo de Enfermagem de Horta (2011). .....	11
Figura 2. Diagrama da etapa de Investigação do PE. ....	21
Figura 3. CIPE <sup>®</sup> versão 1 -Modelo de Sete Eixos. ....	32

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>1 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>16</b>
1.1 UTI Cardiológica .....	16
1.2 Processo de Enfermagem.....	18
1.2.1 Coleta de dados de Enfermagem.....	20
1.2.2 Diagnósticos de Enfermagem .....	22
1.2.3 Planejamento de Enfermagem .....	23
1.2.4 Implementação .....	24
1.2.5 Avaliação .....	25
1.3 Teoria das Necessidades Humanas Básicas.....	26
1.4 Classificação Internacional para Prática de Enfermagem (CIPE®).....	29
1.5 O Processo de Enfermagem na UTI segundo a TNHB e CIPE® .....	33
<b>2 ABORDAGEM METODOLÓGICA</b> .....	<b>34</b>
2.1 Tipo de Estudo .....	34
2.2 Local do Estudo .....	35
3.3 População e Amostra.....	35
3.3.1 Critérios de Inclusão.....	36
3.3.2 Critérios de Exclusão.....	36
3.4 Variáveis .....	36
3.4.1 Variável dependente .....	36
3.4.2 Variáveis independentes .....	37
3.5 Coleta dos dados .....	37
3.5.2 Procedimentos.....	38
3.6 Aspectos éticos.....	39
3.8 Tratamento dos dados.....	41
<b>3 RESULTADOS</b> .....	<b>43</b>
3.1 Grupo A – Caracterização dos pacientes .....	43
3.2 Grupo B – Identificação dos diagnósticos de enfermagem mais frequentes .....	46
3.3 Grupo C – Dados relativos à associação entre os DE e as características sócio-demográficas.....	54
<b>4 DISCUSSÃO</b> .....	<b>56</b>

<b>5</b>	<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>66</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>69</b>
	<b>APÊNDICE E ANEXOS .....</b>	<b>80</b>
	<b>APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS N° 2.....</b>	<b>81</b>
	<b>ANEXO A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS N° 1.....</b>	<b>82</b>
	<b>ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP .....</b>	<b>84</b>

## INTRODUÇÃO

Esta pesquisa tem como objeto os diagnósticos de enfermagem mais frequentes em pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Cardiológica (UTI). As experiências vividas no período em que atuei como enfermeira durante 8 anos em UTI, e mais recentemente em UTI cardiológica fez surgir a necessidade de investir esforços no esclarecimento deste objeto, haja vista os problemas observados pela inexistência, nos serviços onde estava inserida, de uma sistemática de cuidar própria da Enfermagem que lhe conferisse maior domínio sobre o cuidado prestado.

O esforço desenvolvido na realização desta pesquisa, por sua vez, responde ao compromisso de desenvolver a Enfermagem com qualidade, mesmo diante da vivência da prática assistencial de enfermagem e das dificuldades que esta enfrenta na efetivação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e do Processo de Enfermagem (PE), acredita-se que seja este, o caminho para organização do cuidado, bem como para visibilidade ao trabalho da enfermagem.

Não obstante, para produzir um estudo que tenha se originado na minha prática profissional cotidiana e que guarde possibilidade de contribuir para a cientificidade da prática que vem sendo desenvolvida nos serviços e, neste caso em particular, em Alagoas, foi necessário fazer escolhas que tivessem força suficiente para dar sentido e viabilidade à proposta. Para tanto, seguindo a Resolução COFEN n.º 358/2009, adotei para a coleta de dados a Teoria das Necessidades Humanas Básicas (TNHB) na perspectiva proposta por Wanda de Aguiar Horta e para registro do PE a Classificação Internacional para Prática de Enfermagem (CIPE<sup>®</sup>) proposta no congresso do Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE).

O PE é definido pela Resolução COFEN n.º 358 de 15 de outubro de 2009, como um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional (COFEN, 2009). Além disso, possui base científica que dá sustentação às ações de enfermagem, sendo considerada uma forma ordenada do agir do enfermeiro para identificar e resolver problemas levantados junto aos pacientes (AMANTE; ROSSETTO; SCHNEIDER, 2009).

O PE representa, à medida de sua implantação, uma conquista para a prática profissional. A sua implementação tem como vantagens: facilitar a documentação de dados, subsidiar o levantamento de situações e a elaboração das intervenções de enfermagem de

forma sistemática, por meio de uma linguagem comum de enfermagem que facilite a comunicação com o restante da equipe e desenvolva meios de avaliação da assistência prestada (LUNARDI et al., 2010).

Sua introdução no Brasil ocorreu na década de 1970, por Wanda Horta, que desenvolveu um modelo teórico baseado nas Necessidades Humanas Básicas (NHB) sustentado pela Teoria da Motivação Humana de Abraham Maslow e pela Teoria das Necessidades Humanas de João Mohana. A primeira teoria está apoiada em três princípios: a lei do equilíbrio (homeostase), a lei da adaptação (interação do indivíduo com o meio externo) e a lei do holismo (o todo não é simplesmente a soma das partes, mas o conjunto delas) (MASLOW, 1970). A segunda se sustenta no pressuposto de que o ser humano tem necessidades básicas que precisam ser satisfeitas para que as leis da Teoria de Maslow se apliquem. Horta adotou ainda para o seu modelo de PE a classificação de João Mohana para as NHB, em necessidades de nível psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual (BORDINHÃO; ALMEIDA, 2012).

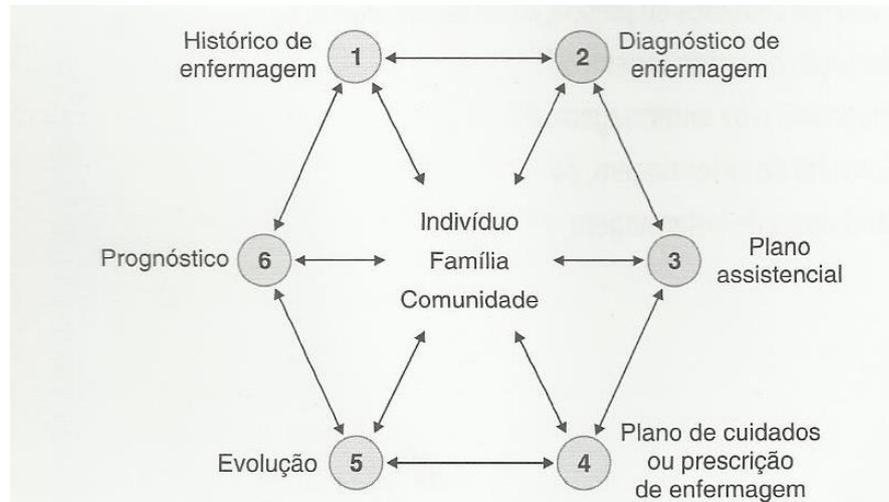
Mohana descreve as Necessidades Psicobiológicas como forças, instintos ou energias inconscientes que surgem sem planejamento, manifestadas pelo homem sob a forma de, por exemplo, vontade de se banhar e repousar. Já as Necessidades Psicossociais se manifestam por meio de exigências de nível psicossocial, como a necessidade de comunicar-se, gregária e realizar trocas sociais. As Necessidades Psicoespirituais por sua vez, são aquelas em que o homem procura compreender o que vivencia, transcendendo e ultrapassando as linhas que limitam sua experiência no mundo (MARQUES; MOREIRA; NÓBREGA, 2008).

Sustentada nos pressupostos e premissas dos escritos de Maslow e Mohana, Wanda Horta constituiu a TNHB em três níveis: necessidades psicobiológicas, psicossociais, psicoespirituais. No nível psicobiológico destacou aspectos relacionados à necessidade de oxigenação, hidratação, sono e repouso, nutrição, eliminação, exercício e atividade física, sexualidade, abrigo, mecânica corporal, motilidade, cuidado corporal, integridade cutâneo-mucosa, integridade física, regulação, locomoção, percepção (auditiva, olfativa, visual, tátil, gustativa e dolorosa), ambiente e terapêutica.

Para as necessidades psicossociais classificou segurança, amor, liberdade, criatividade, gregária, comunicação, aprendizagem (relacionada à saúde), espaço, aceitação, auto-realização, autoestima, participação, autoimagem, lazer, recreação. Quanto às necessidades psicoespirituais classificou necessidade teológica ou religiosa, ética ou filosofia de vida. Assim Horta, constituiu o PE em seis etapas inter-relacionadas com a finalidade em torná-lo operacional (HORTA, 2011).

A Figura 1 representa o modelo proposto na Teoria de Wanda Horta:

**Figura 1. Modelo do Processo de Enfermagem de Horta (2011).**



Fonte: HORTA, W.A. Processo de Enfermagem. 2ªEd. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2011, p.34.

Embora os princípios teóricos adotados por Horta se mantenham consistentes e em uso, na atualidade o modelo de Horta é pouco aplicado, aplicando-se mais o modelo de PE dividido em cinco etapas interligadas que colaboram efetivamente para que as informações possam ser documentadas e usadas para demonstrar uma melhor prática da enfermagem, sendo elas: Coleta de dados de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação e Avaliação (BORDINHÃO; ALMEIDA, 2012). Para possibilitar a documentação dos cuidados de enfermagem, depois de sistematizados, foram desenvolvidas diversas classificações como terminologias de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem.

Das terminologias mais comuns é importante destacar, dada a utilização em algumas unidades de saúde brasileiras e alagoanas, a taxonomia da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), *Nursing Interventions Classification* (NIC) e *Nursing Outcomes Classification* (NOC) que propõem direcionar a padronização de linguagem dos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem (BARROS, 2009).

Destaque também deve ser dado à terminologia constituída em um contexto mais atual, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE<sup>®</sup>, aprovada pelo Conselho de Representantes Nacional do Conselho Internacional de Enfermagem (CIE) em 1989, (CUBAS; SILVA; ROSSO, 2010) e em outubro de 2008 a CIPE<sup>®</sup> foi reconhecida como membro da Família de Classificações Internacionais da Organização Mundial de Saúde

(OMS), sendo divulgada em 2009 a CIPE<sup>®</sup> Versão 2 (LIMA; NÓBREGA, 2009). Neste sentido, adquire a mesma posição da Classificação Internacional das Doenças - CID.

A CIPE<sup>®</sup> é uma estrutura unificada que fornece um vocabulário, uma nova classificação para enfermagem e uma estrutura na qual os existentes vocabulários e classificações possam ser mapeados para permitir comparações dos dados de enfermagem coletados, representação de conceitos e descrição de cuidados, além do incentivo à pesquisa, auxílio ao ensino e projeção de tendências das necessidades dos pacientes (CIPE<sup>®</sup>, 2011).

A CIPE<sup>®</sup> surge então como um marco unificador de todos os elementos de classificação dos elementos da prática de enfermagem. Em seu processo de construção a CIPE<sup>®</sup> vem sendo aprimorada ao longo dos anos. Sua Versão 1.0 surge com um novo grupo de eixos que unificou outros dezesseis eixos das estruturas das Classificações de fenômenos e de Ações da CIPE<sup>®</sup> Versão Beta 2, consistindo numa única estrutura de classificação simplificada organizada em sete eixos, sendo eles: Ação, Cliente, Foco, Julgamento, Localização, Meios e Tempo. Essa nova estrutura solucionou, em ampla extensão, a redundância e ambiguidade de termos que eram inerentes à CIPE<sup>®</sup> Versão Beta 2, proporcionando maior fundamento à classificação.

A versão atual da CIPE<sup>®</sup> - CIPE<sup>®</sup> versão 2013, contém 3894 conceitos relevantes para o apoio de comunicação e prática de enfermagem. Nesta versão 435 enunciados pré-combinados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem foram acrescentados para um total de 1589 enunciados pré-combinados existentes na versão anterior. Sua tradução para o português do Brasil foi realizada pelo Centro CIPE<sup>®</sup> Brasil e disponibilizada em versão eletrônica em fevereiro de 2014 (ICN, 2013).

Não obstante, é necessário resgatar a grande contribuição à evolução da CIPE<sup>®</sup> que se deu por ação da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), quando assumiu o compromisso de desenvolver o projeto da Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC), revelando termos relacionados à prática da profissão na área de atenção primária, dispostos em um inventário vocabular, tendo a versão Beta da CIPE<sup>®</sup> como base de organização (NÓBREGA et al., 2010).

Contribuindo para a efetivação do cuidar cientificamente sistematizado pela enfermagem a Resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem, regulamenta e torna obrigatória a implantação do PE nos serviços de Enfermagem dispendo sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implementação do PE em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. O objetivo é tornar a sistematização e o registro da prática de Enfermagem regular nos serviços

de saúde, conferindo concretude ao processo de cuidar e permitindo a responsabilização pelas ações desenvolvidas (COFEN, 2009).

Ainda nesta Resolução consta também que o PE deve estar baseado em um suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem; e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados. Para tanto deve estar pautado em uma Teoria de Enfermagem, obedecendo a uma terminologia e liderado pelo enfermeiro, sendo privativo deste profissional o diagnóstico e a prescrição de enfermagem (COFEN, 2009).

É importante entender que o emprego da Teoria embasa a construção do conhecimento da profissão, auxilia no reconhecimento da realidade, ajuda a definir papéis e promove uma adequação e qualificação do desempenho profissional (LINS et al., 2013). Quando fundamentado em uma teoria o PE, adquire caráter científico que facilita a tomada de decisão, conferindo uma prática segura e resolutiva (CUBAS; SILVA; ROSSO, 2010).

Na prática assistencial percebe-se ainda a necessidade de melhor instrumentalizar os enfermeiros para implementar o PE de forma efetiva e com ações sistematizadas. Essa realidade tem maior impacto, sobretudo, quando se remete às Unidades de Tratamento Intensivo (UTI), as quais se destinam ao atendimento de pacientes em estado crítico, dispendo de uma infraestrutura própria, recursos materiais específicos e recursos humanos especializados, que através de uma prática segura e contínua busca o reestabelecimento das funções vitais do corpo (AMANTE; ROSSETTO; SCHNEIDER, 2009).

A UTI tem como clientela habitual, pacientes que sofrem disfunções dos vários sistemas. Além disso, é sinônimo de gravidade e apresenta taxas de mortalidade entre 5,4 a 33% das internações anuais (OLIVEIRA et al., 2010). Diante destes fatores, a proposta de formação de unidades específicas para tratamento intensivo pode proporcionar uma assistência melhor qualificada e com maior controle do quadro clínico dos pacientes. Dentro destas especificações enquadram-se as UTI cardiológicas.

A UTI cardiológica tem como clientela frequente, pacientes que sofrem disfunções cardiovasculares. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2007), as doenças do aparelho circulatório constituem um grupo de doenças crônicas que é considerado um grande problema atual de saúde pública. Dentre essas, as doenças cardiovasculares aparecem em primeiro lugar como responsáveis por aproximadamente, 1.156.136 hospitalizações e destas, em torno de 75% são destinadas as UTIs. Desse modo, esses pacientes necessitam de suporte e tratamentos intensivos que favoreçam sua

recuperação, bem como, equipe multidisciplinar embasada na ciência e práticas assistenciais cada vez mais humanizadas.

Dentre essas práticas assistenciais se inclui a prática de Enfermagem, concretizada no cuidado de enfermagem que deve, portanto, estar voltado ao pensamento crítico, à ação do cuidado planejada, sistematizada, individualizada e com definições de metas a serem alcançadas e avaliação dos resultados envolvendo escolhas norteadas por princípios e normas escritas (COFEN, 2009), de modo a evidenciar a contribuição da Enfermagem no cuidado a esses pacientes.

Por outro lado, o número reduzido de vagas e a elevada procura por esses serviços, além do número de procedimentos realizados, levam a repensar a necessidade de organização das ações executadas e do seu acompanhamento. Além disso, torna-se necessário nestas unidades um redirecionamento dos cuidados, a fim de que sejam voltados ao ser humano e não apenas à doença ou ao trauma aos quais estão submetidos os pacientes (CHIANCA et al., 2012).

Assim, dadas as particularidades do cliente de UTI, a tecnologia encontrada no setor e a necessidade de oferecer um cuidado integral, emergem os riscos de não ser adotado no serviço algum modelo de PE, fazendo parecer que os cuidados de Enfermagem não são planejados e que são prestados apenas como apoio ao trabalho dos outros profissionais da equipe de saúde. Por outro lado, a implantação de um modelo de cuidar não é fortuita, **devendo ser precedida de estudos que subsidiem a equipe de Enfermagem no conhecimento da demanda de cuidados** (grifo nosso), a fim de que a inserção desta metodologia de organização do cuidar tenha possibilidade de ser bem sucedida. Com esta compreensão, justifica-se a realização desta pesquisa e se apresentam as questões que a nortearam:

- Que diagnósticos de enfermagem são mais frequentes em pacientes admitidos em uma UTI cardiológica, tendo como base a TNH B de Wanda Horta e a CIPE<sup>®</sup> 2013?
- Há associação entre esses diagnósticos e as características sociodemográficas destes pacientes?

Considerando as questões norteadoras apresentadas, para este estudo acredita-se que o conhecimento da frequência dos diagnósticos de enfermagem em pacientes internados em UTI Cardiológica e das associações entre eles e os indicadores clínicos que os validam será contributivo para a efetiva implementação do PE, organizando o processo de trabalho da enfermeira, permitindo-lhe prever quais intervenções serão necessárias, a estrutura logística

necessária ao cuidado, conferindo cientificidade, resolutividade e visibilidade à prática de enfermagem.

A identificação de diagnósticos de enfermagem mais frequentes em pacientes internados em UTI pode contribuir significativamente para o Processo de Enfermagem se depois de tratados, analisados e discutidos, forem reunidos em um documento que possa servir de base para uma proposta inicial de construção de um catálogo que funcione como norteador para a equipe de Enfermagem que continuará prestando cuidado de Enfermagem aos usuários, sendo esta a contribuição que se pretende deixar para o serviço.

Destarte, para responder as questões levantadas esta pesquisa tem como objetivos:

- Identificar os diagnósticos de enfermagem mais frequentes em indivíduos internados em UTI cardiológica.
- Analisar as associações existentes entre os diagnósticos de enfermagem mais frequentes e as características sociodemográficas de seus portadores.

Esta pesquisa é importante porque pode contribuir para o reconhecimento da realidade dos serviços onde o cuidado de Enfermagem acontece com a perspectiva de contribuir efetivamente para uma transformação nas práticas de cuidar. Com o conhecimento prévio dos DE mais frequentes é possível identificar quais as intervenções de enfermagem que também serão mais frequentes e o planejamento e a gerência do cuidado encontram suportes mais fidedignos, possibilitando que a qualidade do cuidado prestado aos pacientes admitidos em UTI cardiológica seja aprimorada, colaborando para a autonomia profissional, bem como proporcionando visibilidade às práticas de enfermagem, contribuindo para implantação do PE, de forma relevante como caminho para construir e efetivar o cuidar pela enfermagem, dando visibilidade ao trabalho do enfermeiro que neste momento continua em luta pelo reconhecimento de sua autonomia profissional e pela cientificização da sua prática.

## **1 REVISÃO DE LITERATURA**

O PE tem sido alvo de publicação pelos enfermeiros em ritmo crescente nos últimos cinco anos (MONTEIRO et al, 2015) evidenciando o interesse por uma temática que pertence ao conhecimento próprio da Enfermagem. Para organizar a revisão de literatura neste estudo, considerou-se interessante abordar o tema a partir da premissa que a SAE organiza o PE organizando o processo de trabalho no ambiente onde o cuidado de Enfermagem é praticado.

Neste sentido, optou-se por encadear o raciocínio a partir das características do ambiente escolhido, avançando para o PE e suas fases, a teorização que sustenta o PE, a classificação que embasou os DE mais frequentemente identificados em pacientes internados neste setor hospitalar com informações sobre o que se tem publicado sobre a utilização do PE em UTI cardiológica. É o que se passa a apresentar.

### **1.1 UTI Cardiológica**

A UTI é definida como um ambiente de alta complexidade, dotado de características físicas e recursos tecnológicos avançados que propiciam maior vigilância e controle de pacientes graves. Além disso, se caracteriza como um dos espaços onde existe maior concentração de tecnologias duras que possibilitam principalmente as equipes de enfermagem e médica, manterem o controle do quadro clínico dos pacientes e intervirem prontamente nos casos de alterações ventilatórias e hemodinâmicas (OLIVEIRA; SOUZA, 2012).

Ainda em sua definição a Portaria GM/MS nº 3432 de 12 de agosto de 1998, caracteriza a UTI como sendo uma unidade hospitalar destinada ao atendimento de pacientes graves ou de risco que dispõe de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, com equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados e que tenham acesso a outras tecnologias destinadas ao diagnóstico e à terapêutica. Esta portaria discorre também, sobre o credenciamento pelo grau de complexidade dos serviços prestados podendo estas, se apresentarem classificadas como Tipo I, II ou III, em detrimento da oferta de um serviço de internação para o paciente em estado crítico com possibilidade de reversão (BRASIL, 1998).

Em seu contexto, as UTI's podem apresentar-se como Gerais e assim receber pacientes potencialmente graves ou com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos fornecendo suporte e tratamento intensivo, propondo monitorização contínua com cuidados avançados em vigilância por 24 horas, ou apresentar-se como UTI especializada atendendo a

grupos específicos determinados por especialidades ou pertencentes a grupo de determinada doença crônica (LOPES et al, 2012).

Nesse caso, se enquadra a Unidade de Terapia Intensiva Cardiológica, destinada a pacientes que apresentam doenças cardiovasculares. As doenças cardiovasculares são resultantes da exposição a um grupamento de fatores de risco entendidos como fenômenos ou atributos que quando presentes de forma isolada ou em associação favorecem o desenvolvimento destas. Desse modo, as intervenções no ambiente das UTI cardiológicas necessitam envolver tecnologia sofisticada e, frequentemente, inovadora, o que demanda versatilidade e capacitação diferenciada dos profissionais (LOPES et al., 2012).

No entanto é o local de uma unidade hospitalar que mais gera estresse nos sujeitos internados. Isso ocorre porque neste lugar os mesmos vivenciam desconforto físico e psicológico, devido à estrutura física, equipamentos, alarmes produzidos por estes equipamentos, luminosidade intensa e um fluxo maior de pessoas devido à necessidade de monitoração constante, além do afastamento de seu ambiente, confronto com o sofrimento próprio e do outro e a possibilidade de morte (VEIGA; GOMES; MELO, 2013).

Do mesmo modo, a condição de estresse no sistema cardiovascular pode gerar desconforto e situações que agravam isquemias miocárdicas, levam a arritmias, aumentam a morbimortalidade, diminuem a capacidade de recuperação dos tecidos, promovem uma resposta imunológica lenta e, conseqüentemente, maior predisposição a infecções (CAMARGOS, 2011). Ao mesmo tempo, estes pacientes vivenciam a interrupção das suas relações familiares e sociais, são destituídos temporariamente das suas atividades e rotinas, passando a se relacionar com o desconhecido, estando muitas vezes submetidos a situações constrangedoras e por vezes conhecendo o universo e as fragilidades do outro, o que gera medo, angústias e sofrimento (PARCIANELLO; FONSECA; ZAMBERLAN, 2011).

Para tanto, o processo de trabalho neste ambiente é peculiar e tem por finalidade manter e restaurar as condições de saúde de pacientes críticos com expectativa de recuperação mediante a utilização de meios e instrumentos como recursos humanos, materiais, físicos, financeiros, ambientais e processos sistematizados embasados cientificamente. Portanto, o objeto de trabalho dos profissionais que atuam em UTI, e neste caso em UTI Cardiológica, são indivíduos graves, recuperáveis, visto ser neles que incidem as ações de cuidados (TRUPPEL et al., 2009).

Nesta totalidade, destaca-se a relevância do enfermeiro qualificado no reconhecimento das necessidades de pacientes cardíacos, hospitalizados em UTI's, a fim de prestar um cuidado sistêmico, baseado na sua singularidade, inserido em um ambiente ecossistêmico,

reconhecendo as necessidades vivenciadas e os cuidados específicos, podendo planejar as atividades assistenciais dos procedimentos habituais, evidenciando uma assistência humanizada, qualificada, individualizada e sistematizada (PARCIANELLO; FONSECA; ZAMBERLAN, 2011).

Assim, em um ambiente de terapia intensiva, as necessidades de cuidado de enfermagem são mais complexas, pois os pacientes exigem avaliações críticas e rápidas, planos de cuidados abrangentes e de serviços bem coordenados com outros profissionais da saúde. Para tanto, a utilização do PE apresenta-se como ferramenta para melhoria da assistência de enfermagem, desenvolvendo-se um cuidado mais seguro e eficaz (PAGANIN et al., 2013).

## **1.2 Processo de Enfermagem**

O PE é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas que visam à assistência ao ser humano, caracterizando-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases (HORTA, 2011). Além disso, indica um trabalho profissional específico e pressupõe para sua realização a adoção de um determinado método ou modo de fazer (Sistematização da Assistência de Enfermagem), fundamentado em um sistema de valores e crenças morais e no conhecimento técnico-científico da área (GARCIA; NÓBREGA, 2009).

Em uma conjuntura histórica o termo processo de enfermagem surgiu pela primeira vez em 1955, com Lúcia Hall, durante uma conferência onde a mesma afirmou que “a enfermagem é um processo” construído em quatro proposições: enfermagem ao paciente, para o paciente, pelo paciente e com o paciente. Porém, o nome Processo de Enfermagem veio a surgir na literatura em 1961, em uma publicação de Ida Orlando, para explicar o comportamento do paciente, as respostas do paciente e do enfermeiro (NÓBREGA; SILVA, 2009,).

Garcia e Nóbrega (2009) ainda afirmam que na literatura, o PE costuma ser descrito como o ponto focal, o cerne ou a essência da prática da Enfermagem. Entretanto, a compreensão acerca do significado e sua adoção deliberada na prática profissional ainda não são unanimidade no âmbito da Enfermagem, embora se observe ter havido uma sensível mudança nesse sentido a partir das três últimas décadas do século XX.

Contudo, é importante salientar que estas mudanças e a importância do PE para a profissão vêm sendo evidenciadas por meio das legislações instituídas pelas entidades de

classe. Dentre elas a Lei n.º 7.498 de 1986 que trata do Exercício Profissional da Enfermagem no Brasil, ressalta em seu Art. 11 as atividades exclusivas do enfermeiro no planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem, bem como na consulta e na prescrição da assistência de enfermagem (BRASIL, 1986).

Além dela, a Resolução 311/2007, que reformulou o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, trouxe vários artigos ressaltando as responsabilidades referentes aos registros de enfermagem e fortalecendo que estes apenas são possíveis com a prática de ações sistematizadas (SOUZA; SANTOS; MONTEIRO, 2013) e, mais recentemente a Resolução 358/2009, não só definiu o PE e suas etapas como reforçou a necessidade de implementação da SAE nos serviços de saúde públicos e privados e nos diversos níveis de complexidade da atenção à saúde (COFEN, 2009).

O PE, neste sentido, é reconhecido como instrumento essencial à enfermagem, capaz de prover autonomia, independência e especificidade à profissão na medida em que subsidia o enfermeiro na interpretação, análise e julgamento dos problemas de saúde atuais e potenciais da clientela baseado nas manifestações das respostas humanas perpassando pelo desenvolvimento de uma enfermagem reflexiva, dinâmica e autônoma ao exigir para sua aplicação capacidades técnicas, intelectuais, cognitivas e interpessoais (FONTES; LEADEBAL; FERREIRA, 2010).

Assim, o PE é utilizado como um instrumento para melhoria do cuidado de enfermagem permitindo ao enfermeiro sistematizar suas ações e delegar tarefas a equipe de enfermagem de forma clara e organizada centrada nas necessidades da pessoa, se constituindo em uma tecnologia de cuidado que pode ser utilizada por todo enfermeiro na sua prática profissional demonstrando o desencadeamento dos pensamentos e juízos desenvolvidos durante o cuidado (BARRA; DAL SASSO, 2012). Possui um enfoque holístico, ajuda a assegurar que as intervenções sejam elaboradas para o indivíduo e não para doença, promove à flexibilidade do pensamento independente, melhora a comunicação e previne erros, omissões e repetições desnecessárias (GARCIA; NÓBREGA, 2009).

Para sua implantação o PE deve ser fundamentado em modelos conceituais ou Teorias de Enfermagem adequadas a cada situação de cuidado. Teorias de Enfermagem são versões da realidade, maneiras de ver/compreender fenômenos de interesse para a profissão que explicitam crenças e valores de seus integrantes e o modo de conceber os conceitos de enfermagem, saúde-doença, sociedade e ser humano (TRUPPEL et al., 2008).

A ligação destes conceitos é referencial para o desenvolvimento das ações de cuidado e reforçam as práticas de pesquisa em enfermagem, à medida que a compreensão da realidade

se torna mais explícita. As teorias transformam-se em instrumentos do processo de trabalho dos enfermeiros que os capacitam a intervir sobre a realidade e alcançar sua finalidade. As teorias ou modelos conceituais são representações ou abstrações da realidade que oferecem subsídios para a prática do enfermeiro proporcionando respaldo científico, favorecendo as respostas às necessidades da pessoa e proporcionando visibilidade ao cuidado desenvolvido (DURAN; TOLEDO, 2011).

O PE é estruturado em cinco etapas fundamentais, a saber: Coleta de dados de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação e Avaliação. Assim, é possível organizar o processo de trabalho em enfermagem no desenvolvimento de uma assistência com qualidades individuais e resolutivas desde que estas estejam fundamentadas por modelos conceituais ou teorias de enfermagem adequadas a cada situação de cuidado (LEADEBAL; FONTES; SILVA, 2010). Para este trabalho adotou-se a seguinte descrição de cada uma das fases citadas:

### **1.2.1 Coleta de dados de Enfermagem**

A Coleta de dados de Enfermagem é a primeira fase do PE, e consiste em um processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença (COFEN, 2009). Além disso, a Coleta de dados de Enfermagem compreende a organização sistemática de diversos aspectos a exemplo os dados subjetivos, objetivos, pregressos e atuais, que são necessários à evidência das necessidades individuais, requerendo posteriormente uma intervenção da Enfermagem (TANNURE; PINHEIRO, 2011).

Para sua execução são necessários cinco passos: coleta dos dados, validação dos dados coletados, agrupamento dos dados validados em conjuntos de informações relacionadas, identificação de padrões de funcionamento humano e a comunicação ou registro dos dados. Foram então, determinados instrumentos para serem empregados nessa fase, e isto inclui a entrevista clínica (anamnese), o exame físico e os exames diagnósticos (ALFARO-LEFEVRE, 2010).

A Figura 2 demonstra o movimento representativo da etapa de Coleta de dados de Enfermagem que para Horta (2011) era chamado de Histórico de Enfermagem.

**Figura 2. Diagrama da etapa de Investigação do PE.**



Fonte: TANNURE, M.C.; PINHEIRO, A.M. **Sistematização da Assistência de Enfermagem**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, p. 36.

A Coleta de dados de Enfermagem consiste ainda, na coleta e análise de dados sobre o cliente/paciente, que auxiliam na identificação dos problemas e descreve a abordagem ao paciente que deve acontecer por meio de uma entrevista informal concisa e com clareza apoiando os dados subjetivos, além do exame físico que consiste no uso de técnicas como a inspeção, palpação, percussão e ausculta (HORTA, 2011). Além disso, Wanda Horta (2011) ainda afirma que a investigação deverá ser realizada no momento da admissão do paciente, durante o primeiro contato. Potter e Perry (2009) complementam que os dados a serem coletados podem ser objetivos ou subjetivos, históricos ou atuais e que esta fase tem como propósito dar ao profissional uma base sobre o paciente propiciando a equipe de enfermagem inúmeras informações que contribuirão com as demais etapas do PE.

Assim, nesta fase se faz necessário um guia para direcionar o PE, ou seja, um referencial teórico que vem a favorecer a condução da coleta de dados por meio da formulação de um instrumento, onde os conceitos direcionam a organização do mesmo e as demais fases do processo. Do mesmo modo, a coleta de dados explicita a visão de mundo que

o enfermeiro tem sobre o cuidado e o estabelecimento de um referencial teórico vem a guiar este cuidado facilitando a coleta de dados e a assistência (NÓBREGA; SILVA, 2009). Os dados coletados na fase de investigação são analisados e a partir desta análise as necessidades individuais de cada paciente são identificadas e os diagnósticos de enfermagem formulados.

### **1.2.2 Diagnósticos de Enfermagem**

O diagnóstico de enfermagem (DE) constitui a segunda etapa do PE, processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados (COFEN, 2009).

O uso dos DE proporciona aos enfermeiros uma linguagem comum, um sistema unificado de termos para identificação das necessidades do paciente e auxilia na escolha de intervenções de enfermagem, bem como na avaliação de tais intervenções (TANNURE; PINHEIRO, 2011). Negreiros et al.(2009) consideram essa etapa como de extrema importância pois é necessário um processo intelectual complexo, habilidades cognitivas, experiência e conhecimento científico para interpretação e julgamento dos dados subjetivos e objetivos.

Além disso, Cruz (2010) considera o diagnóstico como uma palavra ou um conjunto de palavras que expressam a conclusão da interpretação que o enfermeiro por seu conhecimento e experiência faz dos sinais que identifica junto a pessoa de quem cuida e o apresenta sob três aspectos: como fase do processo de enfermagem, como um processo perceptivo, cognitivo e como categoria nominal.

Em um contexto histórico, em 1960 a enfermeira americana Faye Glenn Abdellah apresentou o primeiro sistema de classificação para a identificação de 21 problemas clínicos do paciente. Além dela Virgínia Henderson em 1966, elaborou uma lista de 14 necessidades humanas básicas, com o objetivo de descrever os cuidados de que o paciente necessitava. Deste modo, Faye Glenn Abdellah e Virgínia Henderson foram consideradas precursoras dos sistemas de classificação (taxonomias) em enfermagem e mudaram o enfoque da profissão que passou a se preocupar com as necessidades dos pacientes e posterior formulação dos diagnósticos de enfermagem (TANNURE; PINHEIRO, 2011).

O estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem corresponde à segunda fase do PE, porém, para defini-los é necessário o uso do pensamento crítico que se define por requerer racionalidade, uso de um método científico, sendo necessário para isso, conhecimento específico, experiência profissional, competência, atitude e padrões para a construção deste pensamento por parte do enfermeiro (NÓBREGA; SILVA, 2009). Entendido como uma categoria nominal, o DE é uma expressão que representa situações de saúde capazes de serem influenciadas por ações de Enfermagem. Ao elaborar o DE, o enfermeiro toma atitudes e prescreve o tratamento para obter os resultados de enfermagem esperados.

### **1.2.3 Planejamento de Enfermagem**

O planejamento constitui a terceira fase do PE sendo caracterizada como um meio de organizar, definir, direcionar e especificar as ações do enfermeiro. Conforme a Resolução COFEN n.º 358 de 15 de outubro de 2009, o planejamento de enfermagem é a determinação dos resultados que se espera alcançar e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de diagnóstico de enfermagem (COFEN, 2009).

Consiste segundo Carpenito-Moyet (2011), no estabelecimento de prioridades para os diagnósticos, definição dos resultados e configuração das prescrições das intervenções de enfermagem. Alfaro-Lefreve (2010) considera uma quarta etapa para o planejamento de enfermagem a etapa da documentação, ou seja, o registro do plano de cuidados, pois este registro promove a comunicação entre a equipe de enfermagem e direciona o cuidado, além de criar com o registro, o desenvolvimento de pesquisas e situações de cunho legal.

Desta forma, os DE prioritários devem ser considerados sob a ótica de um referencial teórico onde o enfermeiro possa utilizar o seu pensamento crítico no julgamento destes diagnósticos. Tomando como exemplo o uso da TNH de Horta, esse julgamento procede a partir da identificação prioritariamente das necessidades mais básicas como a oxigenação, nutrição e eliminação, por exemplo, e quando não satisfeitas às necessidades básicas, o indivíduo não consegue lidar com as necessidades constituídas em níveis mais elevados (NÓBREGA; SILVA, 2009). Por sua vez,

O Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) considera que há três elementos representativos da prática de enfermagem: o que os enfermeiros fazem (intervenções de enfermagem) face a determinadas necessidades humanas (diagnósticos de enfermagem) para produzir determinados resultados (resultados de enfermagem).

Esses três elementos são a base do processo de enfermagem, cujo âmbito resultado de enfermagem pode ser empregado em duas circunstâncias: a) o que se deseja alcançar e que norteia o planejamento das intervenções - o resultado esperado; b) o que efetivamente se alcançou após a execução das intervenções - o resultado alcançado (GARCIA; CUBAS; ALMEIDA, 2011, p.127).

Mediante as intervenções, estas devem refletir a eliminação dos fatores que desencadeiam as necessidades humanas ou as respostas humanas afetadas, visando atingir os resultados esperados. Já o registro do plano de cuidados permite aos membros da equipe de enfermagem e demais equipes de saúde o acompanhamento da evolução do paciente, o que permite compreender, deste modo a comunicação entre os profissionais de saúde, bem como e principalmente, neste caso a equipe de enfermagem, se torna mais efetiva favorecendo um cuidado com uma melhor qualidade (CRUZ et al., 2009).

#### **1.2.4 Implementação**

A implementação, quarta etapa do PE, constitui a realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de planejamento de enfermagem. Para Souza et al. (2009), implementar significa colocar em prática, executar o que antes era uma proposta, permitindo uma interação entre o profissional e o indivíduo a quem será direcionada a ação de modo particular. Desta forma, se faz necessário que o enfermeiro e demais membros da equipe de enfermagem tenham conhecimentos e habilidades técnicas, além da sensibilidade às necessidades expressas ou implícitas dos pacientes e seus familiares.

As necessidades, no entanto, podem variar de um dia para o outro independente do grau de precisão de um plano de cuidados estabelecido, não se podendo prever tudo o que ocorrerá com o paciente. Sendo assim, o conhecimento e experiência do enfermeiro e as rotinas da instituição, devem permitir a flexibilidade na implementação de novas ações de cuidado (DOENGES; MOORHOUSE; MURR, 2009).

Além disso, na fase de implementação o enfermeiro assume a responsabilidade em supervisionar, coordenar e executar as ações propostas no plano, porém cabe ressaltar que a realização das intervenções podem ser desenvolvidas pelo próprio enfermeiro, pelo paciente, família, por outros membros da equipe de enfermagem ou por outros membros da equipe de saúde. A implementação concentra-se em resolver os diagnósticos de enfermagem levantados e alcançar resultados esperados atendendo assim às necessidades de saúde do indivíduo (SMELTZER; BARE, 2012).

Assim, como parte do processo de enfermagem a implementação deve trazer benefícios para o paciente, sendo respaldada na coleta de dados subjetivos e objetivos, no levantamento dos diagnósticos e surgir de um plano de cuidados individualizado. Isto conseqüentemente ocasionará a promoção da individualização e contribuirá para a qualidade do cuidado (NÓBREGA; SILVA, 2009).

### **1.2.5 Avaliação**

A avaliação ou evolução é a quinta etapa do processo de enfermagem e consiste em acompanhar o progresso do cliente objetivando atingir os resultados esperados através da monitoração de suas respostas por meio da eficácia/acurácia da prescrição das intervenções de enfermagem que poderá ser modificada sempre que necessário. Além disso, a avaliação é um processo ininterrupto em se determina e monitora constantemente a condição do paciente para determinar a eficácia das ações de enfermagem, a necessidade de rever as intervenções, a identificação ou o estabelecimento de novas necessidades e a necessidade de reordenar novas prioridades com o objetivo de se adaptar as novas demandas da assistência (DOENGENS; MOORHOUSE; MURR, 2009).

Além disso, Tannure e Pinheiro (2011), afirmam que a avaliação de enfermagem consiste na atenção de acompanhar as respostas do paciente aos cuidados prescritos e implementados, por meio de anotações no prontuário ou nos locais próprios, da observação direta da resposta do paciente à terapia proposta, bem como do relato do paciente.

Esta etapa é contínua, permitindo a renovação da coleta de informações, a reavaliação dos DE e o desenvolvimento de novos diagnósticos ou sua reutilização. Ao desenvolver a avaliação o enfermeiro chegará a conclusão de quais cuidados devem ser mantidos, quais devem ser modificados e os que devem ser encerrados por que já supriram as necessidades dos pacientes (CARPENITO-MOYET, 2011).

Para Horta (2011), a avaliação analisa os resultados obtidos e propõe mudanças que se mostram necessárias, bem como a reinvestigação com a obtenção de novos dados que vão surgindo na medida em que o processo vai se desenvolvendo, servindo para completar a investigação e auxiliar no tratamento do paciente, podendo acontecer qualquer uma das fases do PE.

Pelo que foi demonstrado, o PE se configura como uma ferramenta para organizar o processo de cuidar e o processo de trabalhar, posto que permite a previsão de pessoal, material

e insumos para a prestação do cuidado de forma segura, resolutiva e precisa, contribuindo para manter a unidade organizada, os profissionais protegidos de excesso de trabalho, dada a justeza da divisão do trabalho mediante conhecimento prévio da situação do setor, permitindo aos enfermeiros estabelecer os casos que ficarão em suas mãos e quais atividades poderão ser delegadas. Para tanto, é importante que o enfermeiro domine esta ferramenta e que se disponha a olhar para cada paciente com um “**óculo**” (grifo meu) que lhe permita capturar os dados e formular acertadamente os diagnósticos, intervenções e resultados de Enfermagem que deseja alcançar.

### **1.3 Teoria das Necessidades Humanas Básicas**

A construção do conhecimento na enfermagem é descrita por Leopardi (1999) em quatro fases. Na primeira fase, enfatiza os procedimentos técnicos tomando como foco a investigação para “o que fazer”. Na segunda, destaca o “como fazer”, centrado na habilidade manual, onde a forma na execução da técnica era mais importante que o cuidado do paciente e isto associada à rapidez e à disciplina, na busca deste domínio, ficando assim, em segundo plano a justificativa das ações. Collière (1989), afirma que a enfermagem neste período, absorveu apenas a técnica, a aprendizagem do manejo de instrumentos e aparelhos sem compreender e ter domínio do saber-fazer e a sua relação com o por que mediante a situação.

Como terceira fase na evolução desta construção, tem-se o “por que fazer”, e a fundamentação das ações por meio dos princípios científicos. Mais recentemente, a quarta fase busca entender “qual o saber específico da enfermagem”? A partir do conhecimento por meio de pesquisas científicas e do desenvolvimento de teorias de enfermagem como base teórico-filosófica para o processo de cuidar. Esta busca por um corpo de conhecimentos específicos para a profissão decorre da preocupação de seus profissionais em fortalecer à enfermagem como ciência (LEOPARDI, 1999).

As Teorias de Enfermagem são versões da realidade, maneiras de ver/compreender fenômenos de interesse para a profissão que explicitam crenças e valores de seus integrantes e o modo de conceber os conceitos de enfermagem, saúde-doença, sociedade e ser humano. A inter-relação destes conceitos considerados centrais para a profissão e conhecidos como meta paradigmas são referenciais para o desenvolvimento das ações de cuidado, bem como reforçam as práticas de pesquisa em enfermagem. À medida que a compreensão da realidade se torna mais explícita com a definição de determinados conceitos, as teorias transformam-se

em instrumentos do processo de trabalho dos enfermeiros que os capacitam a intervir sobre a realidade e alcançar sua finalidade (TRUPPEL et al., 2009).

Remetendo ao processo de trabalho do enfermeiro cabe ressaltar que as teorias e suas respectivas visões sobre a assistência instrumentalizam a implementação do cuidado científico, sistematizado, reflexivo e tecnológico permitindo aos profissionais de enfermagem conferir cientificidade, credibilidade, confiabilidade, resolutividade e visibilidade a sua prática, assim se tornam argumentos imprescindíveis para fundamentar a assistência integral aos seres humanos. A visibilidade da enfermagem pode ser alcançada pela incorporação de teorias na prática profissional, uma vez que o enfermeiro concebe e realiza o cuidado de acordo com o referencial teórico adotado, o que reflete em ações específicas da profissão e explicita seu corpo de conhecimento próprio (GARCIA; NÓBREGA, 2009).

Assim, nas décadas de 1950 e 1960 houve uma maior preocupação em refletir mais profundamente sobre a profissão, o seu objeto de trabalho e o referencial teórico pertinente ao mundo do cuidar, a partir de então, começaram a ser elaboradas as teorias de enfermagem propriamente ditas (RAMALHO NETO, 2010). As teorias de enfermagem se construíram nas correlações entre quatro conceitos centrais: ser humano, saúde, meio ambiente (físico, social e simbólico) e enfermagem, devido à relevância em se considerar que o conhecimento produzido a partir desta linguagem específica precisa levar em conta que o compromisso social da profissão está em aliar o cuidado de enfermagem às vivências e experiências de saúde humana (SCHAURICH; CROSSETTI, 2010).

No Brasil, a difusão das teorias teve como marco principal a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, publicada em 1979 por Wanda de Aguiar Horta (NÓBREGA; SILVA, 2009). Horta afirma que o estudo e a reflexão da enfermagem levaram ao desenvolvimento de uma teoria na qual foi possível explicar a natureza da enfermagem, bem como definir seu campo de ação específico e sua metodologia científica (HORTA, 2011).

A TNHB engloba leis gerais que regem os fenômenos universais, entre elas: a lei do equilíbrio na qual todo o universo mantém-se por processos de equilíbrio dinâmico entre os seus seres; a lei da adaptação em que todos os seres do universo interagem com seu meio externo buscando formas de se ajustar para se manter em equilíbrio; e a lei do holismo onde o todo não é mera soma das partes constituintes de cada ser e sim seu conjunto, porém foi desenvolvida a partir da teoria da motivação humana de Maslow (HORTA, 2011).

A teoria de Maslow (1970), parte do princípio de que todo ser humano tem necessidades comuns que motivam seu comportamento no sentido de satisfazê-las, associando-as a uma hierarquia. O ser humano, como está sempre buscando satisfação,

quando experimenta alguma satisfação em um dado nível, logo se desloca para o próximo e assim sucessivamente. Na sua teoria Maslow classifica, hierarquicamente, as necessidades em cinco níveis e organizadas em ordem de importância em uma pirâmide a partir daquelas essenciais a sobrevivência física até as necessárias ao desenvolvimento potencial da pessoa humana. Assim, a base da pirâmide contempla as necessidades fisiológicas, seguidas das necessidades de segurança, necessidades de sociais, necessidade de autoestima e por fim a necessidade de auto realização (REGIS; PORTO, 2006).

Além da teoria de Maslow, Horta utiliza a Teoria de João Mohana (1964), categorizando as necessidades em três níveis: nível psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual, sendo os dois primeiros níveis comuns a todos os seres vivos nos diversos aspectos de sua complexidade orgânica, no entanto, o terceiro nível é determinado como característica única do homem (SALGADO, 2010). Por meio desta caracterização, Horta determinou 18 necessidades humanas para o nível psicobiológico, 17 necessidades humanas para o nível psicossocial e 2 necessidades humanas para o nível psicoespiritual, apresentadas no quadro abaixo.

**Quadro 1 – Classificação das Necessidades Humanas conforme Wanda Horta.**

<b>Necessidades Psicobiológicas</b>	<b>Necessidades Psicossociais</b>	<b>Necessidades Psicoespirituais</b>
Oxigenação	Segurança	Religiosa ou teológica
Hidratação	Amor	Ética ou filosofia de vida
Eliminação	Liberdade	
Sono e Repouso	Comunicação	
Exercício e Atividade física	Criatividade	
Sexualidade	Aprendizagem (educação à saúde)	
Abrigo	Gregária	
Mecânica corporal	Recreação	
Motilidade	Lazer	
Integridade cutâneo-mucosa	Espaço	
Integridade física	Orientação no tempo e espaço	
Regulação: térmica, hormonal, neurológica, hidrossalina, eletrolítica, imunológica, crescimento celular, vascular	Aceitação	
Locomoção	Auto realização	
Percepção: olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa, dolorosa	Autoestima	
Ambiente	Participação	
Terapêutica	Autoimagem	
	Atenção	

Fonte: HORTA, W.A. Processo de Enfermagem. 2ªEd. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, p. 39.

Em sua teoria, Horta define o ser humano como parte integrante do universo dinâmico e está em constante interação com este universo dando e recebendo energia; é agente de mudanças no universo dinâmico, no tempo e no espaço (HORTA, 2011.). A enfermagem por sua vez, é definida como: a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência, quando possível pelo ensino do autocuidado, bem como de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais (HORTA, 2011, p.30).

Horta (2011) afirma que ambiente pode ser entendido como universo dinâmico em que o ser humano se encontra, regido por leis em um determinado tempo e espaço; saúde é compreendida como um estado de equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço. Wanda Horta (2011) afirma ainda que o enfermeiro deve “compreender as necessidades humanas básicas, os fatores que alteram sua manifestação e atendimento e a assistência a ser prestada e, para isto se faz necessário o desenvolvimento de uma metodologia de trabalho fundamentada em um método científico denominado PE”.

Desta forma, o PE é definido por Horta (2011) como a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas cujo foco é prestar a assistência ao ser humano por meio do dinamismo de seis etapas: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, plano de cuidados ou prescrição de enfermagem, evolução e prognóstico.

A aplicação do PE tem possibilitado a prestação de uma assistência melhor qualificada, pois proporciona um olhar ampliado ao cuidar, organização ao processo de trabalho do enfermeiro e a documentação o que permite a continuidade do cuidado realizado, além de conferir autonomia e visibilidade à profissão (RAMALHO NETO, 2010). Para tanto precisa de uma linguagem própria que permita a comunicação entre a equipe e represente a prática de enfermagem, os conceitos da prática, os cuidados de enfermagem, possibilite a comparação de dados de enfermagem, estimule pesquisas, projetem tendências sobre as necessidades dos pacientes, tratamentos de enfermagem e analisem os resultados do cuidado (SILVA et al., 2009).

#### **1.4 Classificação Internacional para Prática de Enfermagem (CIPE®)**

A CIPE® é um sistema de linguagem padronizada, amplo e complexo, que representa o domínio da prática da Enfermagem no âmbito mundial. É também uma tecnologia de informação que facilita a coleta, o armazenamento e a análise de dados de enfermagem,

contribuindo para que a prática dos profissionais de enfermagem seja eficaz e, sobretudo, visível do conjunto de dados de saúde (GARCIA; NÓBREGA, 2013).

Sem a compreensão da linguagem a mensagem não pode ser compreendida. Dessa forma, todo processo comunicativo, como por exemplo, aquele que se estabelece na relação profissional de saúde e paciente ou entre a equipe multiprofissional de saúde, precisa empregar a linguagem adequada para ser efetivo. A linguagem de especialidade comporta relações lógicas, ontológicas, associativas e pragmáticas, trazendo ainda a preocupação de explicitar os conceitos que emprega (GALVÃO, 2015). Observe-se ainda que

Como ocorre em qualquer outra área, a Enfermagem, em seu ambiente de trabalho, utiliza um vocabulário técnico particular, a que se pode denominar de linguagem especial, que constitui uma modalidade de expressão do grupo e incorpora os conceitos, abstratos ou concretos, utilizados em sua atividade profissional. Esses conceitos se deixam reunir em grupos estruturados de tal modo que cada um fica ali definido pelo lugar que ocupa respectivamente à posição dos demais, formando redes de termos inter-relacionados (NÓBREGA; GARCIA, 2009, p.759).

Uma linguagem uniformizada apresenta por finalidade descrever os cuidados de enfermagem dispensados à pessoa, família e comunidade em contextos institucionais e não institucionais; possibilitar comparações de dados; demonstrar ou projetar tendências de prestação de tratamentos e cuidados de enfermagem, bem como atribuições de recursos a pacientes com necessidades alicerçadas nos diagnósticos de enfermagem e o estímulo às investigações, mediante a vinculação com os dados disponíveis nos sistemas de informações (MAZONI et al.,2010).

Assim, perfazendo um contexto histórico, em 1989, foi apresentada ao CIE, durante as atividades do Congresso Quadrienal realizado em Seul, Coréia, a necessidade de desenvolvimento de um sistema classificatório internacional. Como resposta, o CIE iniciou, em 1991, o projeto da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE<sup>®</sup>), que propôs inicialmente, desenvolvimento de um vocabulário que atuasse como uma linguagem unificada, para descrever a prática da enfermagem contemplando uma estrutura de termos e definição de vocábulos (CUBAS; SILVA; ROSSO, 2010).

Deste modo, ao longo dos anos foram desenvolvidas versões da CIPE<sup>®</sup> alterando a estrutura, conteúdo e apresentação hierárquica dos termos. As versões Alfa (1996), a Beta (2000) e a Beta 2 (2001), continham duas classificações: de fenômenos e de ações de enfermagem. Além disso, a utilização das versões Beta e Beta 2 na prática profissional apresentou aspectos que em sua estrutura dificultava o alcance da meta de uma linguagem

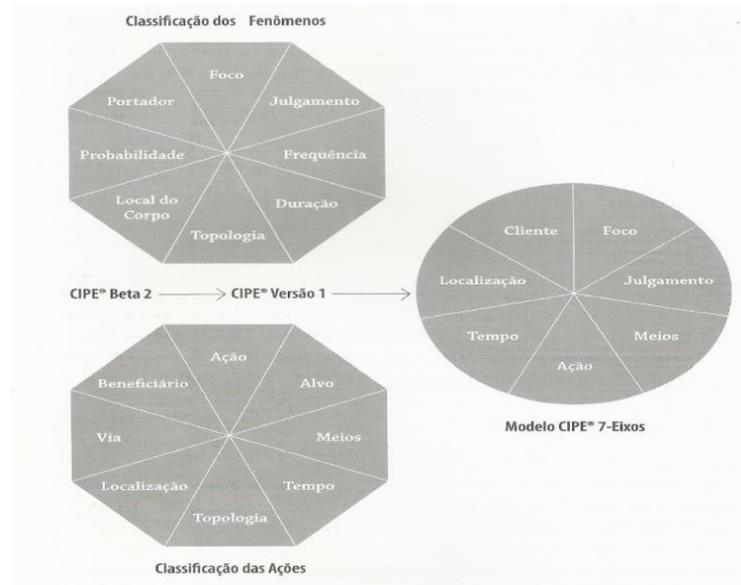
unificada de Enfermagem não satisfazendo as necessidades dos enfermeiros (MATTEI et al., 2011). Em 2000, o CIE formaliza o Programa CIPE<sup>®</sup>, vinculando-o à área de Práticas Profissional, que junto com as áreas de Regulação e Bem-estar Socioeconômico, constitui os pilares de atuação do CIE (GARCIA; BARTZ; COENEN, 2015).

O Grupo Estratégico de Consultores da CIPE<sup>®</sup>, estabelecido em 2002, desenvolveu uma investigação entre líderes mundiais no domínio de vocabulários usados em cuidados de saúde, com a finalidade de assegurar que a CIPE<sup>®</sup> Versão 1.0, cuja construção já havia sido iniciada, fosse compatível com os vocabulários e normas existentes. Assim, a versão 1.0 apresentada em 2005, trouxe modificações significativas, relacionadas à reestruturação do modelo multiaxial e inclusão de uma ontologia, recurso computacional que classifica conceitos hierarquicamente, viabilizando combinações e restrições entre termos caracterizando-se como um marco unificador dos diferentes sistemas de classificação dos elementos da prática de enfermagem (MATTEI et al., 2011).

Em 2008, a CIPE<sup>®</sup> foi inovada mediante a inclusão de diagnósticos e intervenções pré-combinadas por meio da versão 1.1, esta versão foi disponibilizada eletronicamente, tratando-se de um instrumento que permite a criação de uma linguagem comum e unificada facilitando o desenvolvimento e cruzamento de termos e terminologias utilizadas incluindo um novo browser e conteúdos (ICN, 2009).

Em 2009, a versão 2.0 foi apresentada em resposta ao ajuste necessário para inclusão da CIPE<sup>®</sup> na Família de Classificações Internacionais da OMS. Após estas versões ainda foram divulgadas mais duas versões da CIPE<sup>®</sup>: a Versão 3(2011) e a Versão 2013(2013) que atualmente, reúne um total de 3.894 conceitos dos quais 1.592 são conceitos pré-coordenados; e 2.302 são conceitos primitivos, distribuídos nos eixos do Modelo de Sete Eixos (GARCIA; NÓBREGA, 2013). A figura 3 mostra a transposição dos modelos de oito eixos da CIPE<sup>®</sup> Beta 2 para o modelo unificado de sete eixos da CIPE<sup>®</sup> 1.0, que foi mantido pela versões seguintes inclusive para versão atual.

**Figura 3. CIPE® versão 1 -Modelo de Sete Eixos.**



Fonte: INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES-ICN. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE® versão 2.0.** São Paulo: Algol, 2007, p. 40.

O Modelo de Sete Eixos é destinado a facilitar a composição de afirmativas que podem ser organizadas de modo a se ter acesso rápido a agrupamentos de enunciados preestabelecidos de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem – os Subconjuntos da Terminologia CIPE® ou Catálogos CIPE® (GARCIA; BARTZ; COENEN, 2015). Neste modelo os sete eixos são definidos como: Foco: área de atenção relevante para enfermagem; Julgamento: opinião clínica ou determinação relacionada ao foco da prática de enfermagem; Meios: maneira ou método de executar uma intervenção; Ação: processo intencional aplicado a, ou desempenhado por um cliente; Tempo: o momento, período, instante, intervalo ou duração de uma ocorrência; Localização: orientação anatômica ou espacial de um diagnóstico ou intervenções; Cliente: sujeito a quem o diagnóstico se refere e que é o beneficiário de uma intervenção de enfermagem (ICN, 2007).

Tendo em vista este contexto de constantes atualizações o Programa CIPE® encontra-se ainda organizado em três principais áreas de trabalho: Pesquisa e desenvolvimento que envolve a identificação da clientela e da prioridade de saúde; Manutenção e operações sendo um aspecto que envolve o mapeamento cruzado de termos e conceitos extraídos com a terminologia da CIPE® e a modelagem de novos conceitos; Disseminação e educação que envolve a finalização e divulgação do catálogo (CLARES et al.,2013). Essas três áreas de trabalho de maneira articulada, sustentam o Ciclo de vida da terminologia (NOGUEIRA, 2014). Assim,

a CIPE® caracteriza-se como um instrumento que facilita a comunicação das enfermeiras entre si e com os outros profissionais de saúde, bem como com os formuladores de políticas relacionadas à saúde e à formação de recursos humanos. Além disso, facilita também a documentação padronizada do cuidado prestado ao paciente pelos profissionais de enfermagem e os dados e as informações resultantes dessa documentação podem ser usados para o planejamento e gerenciamento do cuidado de Enfermagem, a obtenção de financiamentos, a análise dos resultados do paciente que são sensíveis à ação de Enfermagem e a elaboração de políticas de saúde e de educação em Enfermagem (GARCIA; BARTZ; COENEN, 2015, p.35).

### **1.5 O Processo de Enfermagem na UTI segundo a TNHB e CIPE®**

O PE é utilizado como um instrumento que orienta, dá suporte às decisões e ao planejamento dos cuidados da enfermagem, fazendo parte da SAE que, por sua vez, organiza o processo de trabalho da profissão no que se refere à delimitação dos recursos para sua operacionalização, devendo ser realizado em todos os ambientes de cuidado profissional, envolvendo toda a equipe de enfermagem na sua aplicação (SANTANA et al., 2011). Deste modo o planejamento para implantação do PE é um processo complexo, no qual se faz necessário o conhecimento da instituição onde será implantado, além de conhecer aspectos que contribuam para implantação (ALCÂNTARA et al., 2011).

Adotar o PE no cotidiano permite ao enfermeiro compreender a importância de organizar o cuidado e utilizar modelos factíveis à sua realidade, pois subsidia a tomada de decisão em relação aos temas próprios da profissão. Promove também a interação entre enfermeiros, indivíduos, familiares e equipe de enfermagem/saúde, permitindo a implementação e a avaliação de cuidados individualizados, bem como favorecendo a autonomia da profissão (SANTANA et al., 2011).

Dentre os ambientes de saúde a UTI se caracteriza por um processo de trabalho peculiar, cuja finalidade é manter e restaurar as condições de saúde de pacientes críticos com expectativa de recuperação mediante a utilização de meios e instrumentos como recursos humanos, materiais, físicos, financeiros, ambientais e processos sistematizados embasados cientificamente. Portanto, o objeto de trabalho dos profissionais que atuam em UTI são indivíduos graves recuperáveis, visto ser neles que incidem as ações de cuidados (TRUPPEL et al., 2008).

Para que o PE seja implantado em qualquer ambiente de saúde, precisa estar pautado em uma teoria de enfermagem, uma vez que o instrumentalizam para implementar cuidado científico, sistematizado, reflexivo e tecnológico (SCHAURICH; CROSSETTI, 2010).

Assim, a TNHB em sua aplicabilidade permite a avaliação do paciente como um todo indivisível, reforça a importância do cuidado ao ser humano, compreendendo este ser como a pessoa alvo do cuidado em que se deve avaliar e prestar uma assistência voltada para as necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais. Além disso, a TNHB vem ao encontro com o que é preconizada pelas políticas públicas de saúde quanto à necessidade de se prestar uma assistência humanizada em terapia intensiva (SALGADO, 2010).

Contudo, o PE além de ser efetivado à luz de uma teoria de enfermagem, precisa estar subsidiado por uma linguagem própria que fundamentem o cuidado de enfermagem. Assim, a CIPE<sup>®</sup> permite estabelecer diagnósticos, resultados e intervenções para pacientes com diversos quadros clínicos e de diferentes áreas de cuidado, além de facilitar a documentação das ações e avaliar a qualidade da assistência. Sua adoção na prática de enfermagem promove a documentação precisa e consistente da assistência, fornece dados para a tomada de decisões e para a avaliação da qualidade do cuidado prestado e possibilita a continuidade da assistência aos pacientes (TRUPPEL et al., 2008).

O PE ancorado na TNHB e da CIPE<sup>®</sup> torna-se instrumento que favorece a autonomia profissional e a tomada de decisões, contribuem para a visibilidade profissional e para a ciência da Enfermagem. Para tanto, entende-se que os profissionais precisam deixar de realizar ações baseadas apenas na avaliação e no diagnóstico médico e passar a atuar fundamentados também em conhecimento construídos pela própria profissão, avaliando, identificando as necessidades de cuidado e intervindo de forma criteriosa e consciente para a solução das mesmas (LUNARDI et al., 2010).

Deste modo, a implementação do PE na UTI emerge em uma necessidade que possui grande relevância, já que direciona o profissional enfermeiro quanto à assistência direta ao paciente e o gerenciamento do cuidado. Tratando-se da assistência em uma unidade de grande complexidade dentro dos serviços hospitalares, as ações que o profissional executa diante do PE devem proporcionar um atendimento qualificado e individual, promovendo a recuperação do paciente com base em uma teoria e em uma linguagem própria garantindo cientificidade a profissão (SANTOS; LIMA; MELO, 2014).

## **2 ABORDAGEM METODOLÓGICA**

### **2.1 Tipo de Estudo**

Tratou-se de um estudo quantitativo de natureza transversal e descritiva. Os estudos transversais são apropriados para descrever características das populações no que diz respeito

a determinadas variáveis e os seus padrões de distribuição. Além disso, o estudo transversal pode ser utilizado quando amostras de sujeitos de diferentes grupos etários são selecionadas para proporcionar a avaliação dos efeitos de maturação (MARCONI; LAKATOS, 2013).

O estudo descritivo exige do investigador uma série de informações sobre o que deseja pesquisar. Esse tipo de estudo pretende descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade, não se destinando a explicá-los ou neles intervir (ARAGÃO, 2011). Para Polit e Beck (2011), durante a pesquisa descritiva os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem interferência do pesquisador e há uso de técnicas padronizadas de coleta de dados.

## **2.2 Local do Estudo**

O local da pesquisa foi um hospital cardiológico privado da cidade de Maceió, especificamente a Unidade de Terapia Intensiva Cardiológica. Esta UTI conta com 12 leitos individualizados com equipamentos que dispõe de alta complexidade, visando atender a pacientes hospitalizados com patologias cardiológicas que necessitam de cuidados complexos, objetivando uma abordagem imediata e um cuidado humanizado. Possui por horário uma equipe de enfermagem composta por seis profissionais técnicos de enfermagem e dois profissionais enfermeiros. Além da equipe de enfermagem, tem-se também por horário um profissional médico, um profissional fisioterapeuta, um profissional nutricionista e um profissional psicólogo para assistência aos pacientes hospitalizados e a seus familiares.

O referido Hospital registrou 3903 internações hospitalares no ano de 2013, destas, 710 pacientes passaram por períodos de internação na UTI, seja por curta, média ou longa permanência conforme levantamento de dados realizado por meio do Núcleo de Processamento de Dados (NPD, 2014) do mesmo. Todos estes pacientes requereram monitoração contínua e cuidados intensivos individuais e diferenciados em razão da gravidade do quadro clínico. Entre os internados estavam pessoas cujo tratamento foi clínico, conservador e outros foram submetidos a procedimentos cirúrgicos. Este quantitativo serviu de base para a definição da amostra.

## **3.3 População e Amostra**

A população do estudo foi composta por sujeitos de ambos os sexos, sem limitação de idade, admitidos na UTI cardiológica, portadores de afecções cardiológicas, nas primeiras 48 horas de internação por ser o período crítico, necessitando de assistência complexa no

ambiente de UTI cardiológica onde receberam cuidados contínuos da equipe multiprofissional, incluindo os cuidados de competência da equipe de enfermagem.

As primeiras 48h após uma internação por morbidade cardiovascular são críticas para a estabilização do quadro e tomada de decisão sobre o tratamento a ser instituído, podendo incluir intervenções cirúrgicas imediatas (GONZALEZ, et al., 2013). O PE também deve ser estabelecido o mais precocemente possível, pois as intervenções de Enfermagem, nessas 48 horas iniciais serão capazes de contribuir para estabilização do quadro nosológico garantir que os aspectos relativos à promoção e proteção da saúde sejam devidamente contemplados no plano de intervenção de enfermagem, evidenciando assim a sua participação para o cuidado de pacientes em estado crítico.

O cálculo da amostra foi realizado levando-se em conta um nível de significância de 0,05 e um erro tipo II de 0,1, resultando num poder apriorístico de 95%, empregando-se o aplicativo *Power Analysis and Sample Size Software* (PASS) 13, chegou-se a um tamanho amostral de  $n = 67$ . Ampliado para 68 sujeitos com anuência estatística, não havendo prejuízo para os resultados obtidos.

### **3.3.1 Critérios de Inclusão**

Os critérios de inclusão foram: os pacientes deviam estar conscientes, respondendo as solicitações verbais com coerência de pensamento, com as funções vitais já estabilizadas, ou seja, com os sinais vitais sob controle.

### **3.3.2 Critérios de Exclusão**

Os critérios de exclusão foram: pacientes que estavam em estado de agitação ou que sua condição não permitisse a realização do exame físico para não aumentar a possibilidade de desestabilização hemodinâmica.

## **3.4 Variáveis**

### **3.4.1 Variável dependente**

A variável dependente foi composta pelos DE mais frequentes apresentados pelos sujeitos nas primeiras 48 horas de internação na UTI cardiológica. A frequência dos DE foi definida pelo número de vezes que se repetiu entre os pacientes estudados. A presença do DE

foi detectada pela descrição de seus indicadores no sumário de situação. A escala de medida foi dual, sendo as duas possibilidades estar presente (sim) ou não estar presente no momento da coleta de dados (não).

### **3.4.2 Variáveis independentes**

As variáveis independentes do estudo foram: idade, sexo, estado civil, naturalidade, cor, profissão, internações prévias, uso de drogas, lícitas ou não, circunferência abdominal e existência de morbidade, considerando-se esta como o conjunto de casos de uma dada afecção ou a soma de agravos à saúde que atingem um grupo de indivíduos (PEREIRA, 2008). Foram escolhidas porque todas são capazes de contribuir ou não para o aparecimento de DE e para a escolha das intervenções de Enfermagem mais adequadas para cada caso.

## **3.5 Coleta dos dados**

A coleta de dados aconteceu no período de junho a novembro de 2014. Na fase preparatória foram decididos os instrumentos e os procedimentos que dessem conta de recolher as informações necessárias para responder à questão proposta na pesquisa e o alcance dos objetivos. É o que se apresenta.

### **3.5.1 Instrumentos de coleta de dados**

Foram utilizados dois instrumentos. O primeiro foi utilizado para realização da anamnese e exame físico estando baseado no estudo de Bordinhão e Almeida (2012), que optou por criar e validar um instrumento para coleta de dados tendo como referencial teórico a TNHNB de Wanda Horta, por ser considerada uma teoria que visualiza o paciente como um todo indivisível.

Este instrumento incluiu informações sobre: identificação, história pregressa, história da doença atual. Já a realização do exame físico foi orientada no sentido céfalo-caudal distribuindo-se nas NHB psicobiológicas (regulação neurológica, oxigenação, percepção dos órgãos do sentido, regulação cardiovascular, alimentação e eliminação intestinal, hidratação e eliminação urinária, integridade física, segurança física, sono e repouso, cuidado corporal,

sexualidade), necessidades psicossociais (comunicação, gregária e segurança emocional) e necessidades psicoespirituais (religião e filosofia de vida), conforme Anexo A.

O segundo instrumento foi um formulário utilizado pelas pesquisadoras para registro ordenado das informações recolhidas, no formato de Evolução de Enfermagem, instituindo as condições para identificação dos DE a partir dos indicadores dos DE registrados. Neste estudo foi denominado de Sumário de Situação e contém dados da identificação do sujeito, a descrição dos dados subjetivos colhidos através da entrevista na anamnese, os dados objetivos colhidos através da observação e exame físico, bem como incluindo informações julgadas importantes colhidas no prontuário e, por fim, os dados complementares, constando neste grupo informações julgadas importantes, porém que não se incluem em nenhum dos grupos anteriores.

O Sumário de Situação é o primeiro relato das condições em que o paciente se encontra e se constitui na primeira evolução de Enfermagem. São, portanto, dados basilares. Esta nomenclatura tem se mostrado mais eficiente porque em casos como os caracterizados na UTI Cardiológica, o paciente ao ser admitido está em estado crítico, precisa de cuidados imediatos (ações de Enfermagem) na maioria constante em protocolos de atendimento em emergência pela equipe multidisciplinar, sendo este o modelo de PE possível.

Neste sentido, o sumário de situação, embora seja realizado mais tarde, no momento oportuno, ele reflete de forma mais completa a etapa de coleta de dados ou investigação do PE, permitindo chegar mais precisamente aos DE e o PE será planejado e desenvolvido com aderência às necessidades humanas básicas afetadas que o paciente apresenta naquela circunstância de sua vida. Este formulário pode ser visto no Apêndice A.

### **3.5.2 Procedimentos**

Antes de iniciar a coleta de dados foi realizado um trabalho de aproximação com os diretores do hospital, da chefia médica e de Enfermagem do hospital e da UTI, explicando como o estudo seria feito e solicitando a necessária autorização. É relevante registrar o interesse da equipe de Enfermagem pelo estudo, haja vista que já há algum tempo que a gestão tenta implantar o PE sem ainda ter alcançado sucesso.

1ª etapa: para coletar os dados foi realizada a anamnese e o exame físico dos pacientes admitidos nas primeiras 48 horas na UTI cardiológica. A pesquisadora contou com a colaboração de duas enfermeiras funcionárias da UTI cardiológica que foram treinadas para esta fase da pesquisa, sendo capacitadas quanto ao uso do instrumento de coleta de dados

selecionado. Para o treinamento das enfermeiras colaboradoras, inicialmente foi discutido o PE e a TNHb e posteriormente apresentados os instrumentos de coleta de dados.

Após este momento, as enfermeiras acompanharam a pesquisadora no encontro com o primeiro paciente a fim de observar a apresentação e explicação do estudo, apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), solicitação da autorização do paciente, realização da anamnese e exame físico e o registro das informações nos instrumentos de coleta de dados e sumário de situação.

Na realização do exame físico e para o levantamento das necessidades psicobiológicas foram utilizados equipamentos como: estetoscópio, esfigmomanômetro, lanterna de bolso, termômetro e oto/oftalmoscópio, fita métrica, bem como análise e interpretação de outros dispositivos que porventura o paciente estivesse em uso no momento da coleta de dados como por exemplo: monitorização cardíaca contínua, pressão venosa central, marcapassos provisórios ou permanentes, cateter de Swan Ganz, balão intra-aórtico, pressão arterial média, *bilevel positive airway pressure* (BIPAP), dentre outros.

2ª etapa: registro sistemático dos dados levantados pelo exame físico de todos os pacientes, sob a forma de sumário de situação. Após, o sumário de situação foi criteriosamente analisado, com base na TNHb, empregando-se os recursos do raciocínio clínico, em busca dos indicadores que orientaram a elaboração das afirmativas diagnósticas utilizando o Modelo de Sete Eixos da CIPE<sup>®</sup>, utilizando-se os termos do eixo **Foco** e o eixo **Julgamento**, obrigatórios para construção dos DE e incluídos quando necessário os termos adicionais.

### 3.6 Aspectos éticos

O presente projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos através da Plataforma Brasil, atendendo a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS – MS), recebeu aprovação no dia 27 de maio do ano corrente, sob nº 663.403 conforme Anexo 3. Após aprovação pelo Comitê a coleta de dados foi iniciada e a primeira providência do recrutamento dos sujeitos foi a explicação do estudo, seus objetivos e forma de participação de cada um, seguindo-se a apresentação aos participantes da pesquisa o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), atendendo às normas que regulamentam as pesquisas com seres humanos, respeitando os princípios éticos da autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça.

As pesquisadoras contataram diretamente cada integrante da pesquisa na Unidade Hospitalar. Explicou-se a cada paciente de forma verbal os objetivos e procedimentos do projeto, de forma detalhada entregando-lhes, logo após o TCLE. Depois de sanada todas as dúvidas, havendo concordância dos integrantes, aos mesmos foi solicitada autorização por meio da assinatura do TCLE, bem como fornecida uma cópia do termo. A cada pessoa foi garantido o total anonimato dos participantes ficando os mesmos livres para a qualquer tempo retirar o consentimento deixando assim de participar do presente estudo sem que sofresse qualquer prejuízo na assistência prestada.

Considerando ainda que a coleta de dados incluiu procedimentos como anamnese e exame físico, o pesquisador esteve atento para o fato de que o paciente poderia sentir-se desconfortável ou constrangido em compartilhar informações pessoais ou confidenciais e se expor, uma vez que sua emergência cardiovascular era muito recente e ainda poderia estar com medo ou inseguro em participar do estudo.

Para minimizar estes fatores foi escolhido um momento para realização da pesquisa em que o ambiente estivesse calmo e tranquilo e da mesma forma que o paciente estivesse hemodinamicamente estável, sendo utilizadas cortinas laterais para respeito à sua privacidade, procurando sempre, garantir o seu bem estar e sua tolerância física e psicológica, mantendo a duração média de quarenta minutos para cada entrevista.

No momento em que o paciente se sentiu constrangido, desconfortável ou apresentou instabilidade hemodinâmica a coleta de dados foi interrompida temporariamente e apenas foi retomada no momento em que o paciente se sentiu confortável ou estável o que aconteceu em média cinco vezes em todo o estudo. Para a instabilidade hemodinâmica foi notificada a equipe de saúde do setor e foram inicializadas as ações de emergência para resgate da estabilidade do paciente. Este fato aconteceu com quatro pacientes, onde um deles apresentou quadro de instabilidade por dois momentos distintos durante a coleta dos dados.

Outros riscos aos sujeitos da pesquisa que estiveram presentes foram a violação da privacidade e a confidencialidade dos dados pessoais dos envolvidos. Como forma de proteger os participantes de tais riscos o pesquisador se responsabilizou por garantir o anonimato dos participantes, sendo identificados pela sigla PCT de paciente seguido do número da anamnese e exame físico, p.ex. PCT1 (paciente 1) e assim por diante.

A pesquisadora também teve o cuidado de deixar claro que os resultados da pesquisa seriam divulgados em artigos científicos ou em reuniões científicas, porém garantindo-se o anonimato dos sujeitos participantes. Este cuidado atende ao princípio da justiça, uma vez que

pela divulgação nacional e internacional do estudo, outros serviços semelhantes poderão adotar a mesma sistemática do PE.

Como benefícios para os sujeitos da pesquisa, tem-se a avaliação do ser como um todo indivisível, a assistência prestada pela equipe de enfermagem subsidiada por ações planejadas, sistematizadas, individualizadas e com definições de metas a serem alcançadas e avaliação dos resultados envolvendo escolhas norteadas por princípios e normas escritas para o seu reestabelecimento.

O benefício para o serviço foi o estabelecimento dos DE mais frequentes para pacientes admitidos em UTI cardiológica, visando favorecer uma linguagem comum e ao mesmo tempo integrar o conhecimento científico e prático da profissão, bem como, garantir a possibilidade de avaliação contínua da prática de enfermagem, fundamentando o cuidado, as condições necessárias para sua operacionalização e documentação.

### **3.8 Tratamento dos dados**

Para o tratamento das informações um banco de dados foi construído com as informações coletadas em Programa Excel 2010 que posteriormente foram transcritos ao programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21 para descrição e associação mediante os diagnósticos mais frequentes.

Foram utilizados recursos da estatística descritiva (média, desvio padrão, mínimo e máximo, erro padrão e intervalo de confiança de 95%) para descrição dos resultados em particular para as características sociodemográficas e a frequência absoluta e relativa de cada um dos diagnósticos e de seus indicadores. Foi definido como critério para apresentação dos DE mais frequentes o percentil maior ou igual a 50%.

Para dar suporte às análises estatísticas realizadas, relativas às associações entre os DE e as características sociodemográficas, os dados foram submetidos a testes de normalidade. A distribuição Normal é uma das mais importantes distribuições de probabilidades da estatística, conhecida também como Distribuição de Gauss ou Gaussiana. Alguns métodos estatísticos supõem que seus dados provêm de uma distribuição Normal, permitindo assim que seja utilizada a maioria das técnicas de inferência estatística. Os testes de normalidade são eficientes para diferentes distribuições (TRIOLA, 2008).

Desse modo, para verificar as associações entre os dados sociodemográficos e os diagnósticos de enfermagem mais frequentes e mais significativos para a previsão das intervenções de enfermagem foram utilizados os seguintes testes estatísticos: Teste de Kolmogorov-Smirnov para a associação entre os DE risco de perfusão tissular ineficaz, risco

de débito cardíaco, prejudicado e risco de pressão arterial alterada foram analisados com as variáveis independentes idades, peso e circunferência abdominal. Para associação da variável independente circunferência abdominal com os DE risco de perfusão tissular ineficaz, risco de débito cardíaco, prejudicado e risco de pressão arterial alterada foi utilizado o Teste Shapiro-Wilk (SILVA; AZEVEDO, 2009).

### 3 RESULTADOS

Os resultados deste estudo são apresentados em três grupos, sendo o primeiro, Grupo A relativo às características sócio-demográficas dos pacientes que participaram do estudo e o Grupo B correspondeu aos dados que revelaram os DE mais frequentes entre os pacientes estudados. Definidos os DE mais frequentes, foram descritos os indicadores mais comumente encontrados para cada DE. Em seguida foram apresentadas as associações entre os DE mais frequentes. O Grupo C reuniu os resultados da aplicação dos testes estatísticos de normalidade Teste Kolmogorov-Smirnov e Teste Shapiro-Wilk para responder ao objetivo 2.

#### 3.1 Grupo A – Caracterização dos pacientes

Esta etapa da apresentação dos resultados foi construída com o apoio de recursos da estatística descritiva como se poderá ver. Na Tabela 1 apresentam-se os dados relativos à distribuição dos pacientes segundo as variáveis independentes idade, peso, altura e IMC com média, desvio padrão, mínimo e máximo, erro padrão e intervalo de confiança de 95%. Desse modo, a média da idade dos pacientes foi de 65,21 anos, caracterizando a população estudada como idosa em sua maioria, segundo definição de Ballesteros (2013). A média do IMC foi de 27,12kg/m<sup>2</sup>.

**Tabela 1 – Distribuição dos pacientes hospitalizados em uma UTI cardiológica segundo idade, peso, altura e IMC (n=68). Maceió, 2015**

Variáveis	Média	Desvio Padrão	Mínimo-Máximo	Erro Padrão	IC95%
Idade	65,21	12,14	35-91	1,47	62,27-68,14
Peso	72,74	13,79	45-109	1,84	69,04-76,43
Altura	1,63	0,09	1,45-1,93	0,01	1,61-1,66
IMC	27,12	4,38	19,10-41,53	0,59	25,93-28,30

A Tabela 2 apresenta a distribuição dos pacientes internados na UTI cardiológica segundo dados sociodemográficos. O sexo masculino correspondeu a 51,5% dos pacientes. Quanto ao grau de escolaridade houve um destaque para níveis mais altos de ensino (pós-graduação, ensino superior e ensino médio) totalizando 64,7% dos pacientes. Em relação à atividade profissional, 63,23% dos pacientes declararam-se ativos profissionalmente. 36,77% dos pacientes obtiveram aposentadoria correspondente ao tempo de contribuição ou informaram aposentadoria por incapacidade ao trabalho relacionada às doenças

cardiovasculares. Entre os considerados ativos, 39,7% informaram afastamento do trabalho e encaminhamento de processos para aposentadoria por invalidez, como descrito na Tabela 2.

**Tabela 2 – Descrição dos dados sociodemográficos dos pacientes hospitalizados em uma UTI cardiológica (n=68). Maceió, 2015.**

Dados sociodemográficos	F	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	35	51,5
Feminino	33	48,5
<b>Cor</b>		
Branco	30	44,1
Preto	5	7,4
Pardo	33	48,5
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro	6	8,8
Casado	36	52,9
Divorciado	6	8,8
Viúvo	19	27,9
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	6	8,8
Fundamental	18	26,5
Médio	22	32,4
Superior	20	29,4
Pós-graduação	2	2,9
<b>Situação de trabalho</b>		
Aposentado	25	36,77
Profissionais da área de ciências exatas	8	11,76
Profissionais da área de ciências sociais	8	11,76
Profissionais da área das ciências da saúde	3	4,41
Donas de casa	9	13,24
Desempenho de outras atividades (comerciante, caldeireiro, marceneiro, chefe de fila, portuário e serviços gerais)	15	22,06

De acordo com os dados da Tabela 3, 70,59% dos pacientes afirmaram ser sedentários, 4,4% tabagistas, 30,1% ex-tabagistas e 11,8% etilistas. Sabe-se que estes fatores contribuem para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares, além de dificultar o seu controle, sendo importante a conscientização e educação do paciente para adoção de hábitos saudáveis de

vida. Os dados da Tabela 3 também evidenciaram que 84,6% dos pacientes já eram portadores de morbidades e 86,8% deles apresentaram internações prévias em unidades clínicas ou em UTI cardiológica.

**Tabela 3 - Distribuição dos hábitos de vida e condições clínicas dos pacientes hospitalizados em uma UTI cardiológica (n=68). Maceió, 2015.**

Questões	Sim	Não
Morbidade	55 (84,6%)	8 (15,5%)
Internação Prévia	59 (86,8%)	9 (13,2%)
Uso de Drogas	0 (0%)	68 (100%)
Tabagismo	3 (4,4%)	65 (95,6%)
Ex-tabagista	20 (30,1%)	47 (69,9%)
Etilismo	8 (11,8%)	60 (88,2%)
Sedentarismo	48 (70,59%)	20 (29,41%)

No quesito morbidade sentiu-se a necessidade de descrever em uma tabela separada as principais morbidades identificadas. Os dados da Tabela 4 mostram que houve destaque para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) encontrada em 80,88% pacientes, Diabetes Mellitus (DM) em 39,71% e a presença de HAS + DM em 35,29% pacientes do total da amostra. Sabe-se que estas doenças podem causar complicações como infarto agudo do miocárdio e que devem ser prevenidas, identificadas e controladas em nível primário de atenção à saúde. Este dado é relevante para o planejamento das intervenções de Enfermagem.

**Tabela 4 – Descrição da morbidade dos pacientes hospitalizados em uma UTI cardiológica (n=68). Maceió, 2015.**

Morbidade	F	%
HAS	55	80,88
DM	27	39,71
HAS/DM	24	35,29
Desconhece	5	7,35
Não são portadores	8	11,76
Outras	3	4,41

No que diz respeito à circunferência abdominal, os dados da Tabela 5 revelam que nos pacientes em condições de colher a medida da circunferência abdominal, a média para os

homens (48,55% da amostra) foi de 99,06cm enquanto que nas mulheres cujo estado permitiu medir a circunferência abdominal (44,1% da amostra), a média foi de 103,24cm, valores esses acima do recomendado pela OMS, visto como dado associado ao aumento do risco de desenvolver emergência cardíaca ou estabelecimento do DE Risco de débito cardíaco prejudicado.

**Tabela 5 – Associação da circunferência abdominal com o risco cardiovascular através da distribuição do valor da medida da circunferência abdominal dos pacientes segundo o sexo. Maceió, 2015.**

Variáveis	Média	Desvio Padrão	Mínimo-Máximo	Erro Padrão	IC95%
Circunferência Ab. Masculino	99,06	12,37	76-125	2,15	94,67–103,45
Circunferência Ab. Feminino	103,24	15,47	78-128	3,09	96,85–109,63

### 3.2 Grupo B – Identificação dos diagnósticos de enfermagem mais frequentes

Quanto aos DE foram identificados 113, classificados conforme o Modelo de Sete Eixos da CIPE<sup>®</sup> orientado pela TNH B de Wanda Horta. Destes 91 DE foram relacionados às necessidades psicobiológicas, 20 às necessidades psicossociais e 2 às necessidades psicoespirituais. Os diagnósticos apontados como mais frequentes foram os que se apresentaram em percentil acima de 50%, tomando como referência outros estudos que apresentaram esta média de percentil para determinação da frequência de DE (DALLÉ; LUCENA, 2012; NUNCIARONI et al., 2012). Com este ponto de corte, 25 DE foram tomados como mais frequentes, dos quais 21 dentro das necessidades psicobiológicas, 3 dentro das necessidades psicossociais e 1 dentro das necessidades psicoespirituais, conforme os dados da Tabela 6 evidenciam:

**Tabela 6 - Distribuição dos DE mais frequentes classificados segundo as NHB afetadas proposta por Horta em pacientes hospitalizados em uma UTI cardiológica. Maceió, 2015.**

<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>		
<b>Necessidades Psicobiológicas</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Risco de infecção	68	100
Ingestão de alimentos eficaz	58	85,29
Hidratação adequada	53	77,94
Eliminação urinária eficaz	52	76,47
Risco de perfusão tissular ineficaz	52	76,47
Risco de débito cardíaco prejudicado	51	75,00
Ingestão de líquidos eficaz	50	73,53
Atitude em relação ao exercício prejudicada	48	70,59
Risco de pressão arterial alterada	48	70,59
Privacidade prejudicada	47	69,12
Risco para desequilíbrio de eletrólitos	47	69,12
Risco de integridade da pele prejudicada	46	67,65
Disposição para autocuidado eficaz	45	66,18
Risco de queda	45	66,18
Sobrepeso	40	58,82
Eliminação intestinal eficaz	40	58,82
Sono prejudicado	40	58,82
Risco de infecção no local da cirurgia	40	58,82
Mobilidade prejudicada	38	55,88
Respiração eficaz	37	54,41
Risco de hiperglicemia	35	51,47
<b>Necessidades Psicossociais</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Ansiedade moderada	65	95,59
Processo familiar eficaz	40	58,82
Medo da morte	40	58,82
<b>Necessidades Psicoespirituais</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Angústia espiritual	36	52,94

Uma vez apresentados os DE mais frequentes por grupo de NHB afetadas, passa-se a apresentar os DE mais frequentes de cada grupo segundo os indicadores mais encontrados, conforme registrados no sumário de situação (Instrumento 2). Na Tabela 7 observa-se que quanto ao conjunto dos DE vinculados às NHB psicobiológicas, 100% dos pacientes estudados apresentaram o DE risco de infecção, sendo que o indicador mais frequente deste DE foi o acesso venoso periférico, encontrado em 63,24% dos pacientes.

Os DE ingestão de alimentos eficaz (83,82%), hidratação adequada (77,94%) e eliminação urinária eficaz (76,47%) indicados pelo volume urinário satisfatório, aceitação da dieta oferecida e manutenção da hidratação venosa foram importantes diagnósticos **positivos**

(grifo nosso pela situação crítica), a serem mantidos e melhorados pelas intervenções de enfermagem estabelecidas na fase de planejamento com resultados alcançados.

O DE risco de débito cardíaco prejudicado (75%) possuiu como indicadores os valores da frequência cardíaca, ritmo cardíaco, volume de líquidos, eletrólitos, oligúria, além da análise do valor da fração de ejeção do ventrículo esquerdo verificada nos exames complementares, bem como o tempo de enchimento capilar, edema, diminuição ou ausência dos pulsos periféricos e alteração da temperatura.

A esse diagnóstico pode, também, estar associado o DE risco de perfusão tissular ineficaz (76,47) uma vez que a possibilidade de alteração do débito cardíaco pode interferir no suprimento sanguíneo para determinada área do coração e do pulmão e conseqüentemente a redução do suprimento de oxigênio e nutrientes. Neste caso, a NHB de oxigenação está afetada. De acordo com os dados da Tabela 7 o indicador mais frequente do DE risco de perfusão tissular ineficaz foi saturação de oxigênio inferior à 97% (59,62%); para o DE risco de débito cardíaco prejudicado, o indicador mais frequente foi a frequência cardíaca abaixo de 60bpm ou acima de 80bpm (54,90%).

O DE atitude em relação ao exercício prejudicada (70,59% dos pacientes estudados) possuiu como indicador a ausência da prática de atividade física e este foi encontrado em todos os pacientes que evidenciaram este diagnóstico. Em seguida a este diagnóstico foi possível identificar risco de pressão arterial alterada em 70,59% dos pacientes estudados, tendo como indicador a ansiedade (95,83).

Verifica-se ainda que o DE risco para desequilíbrio de eletrólitos (69,12% dos pacientes estudados) teve como principal indicador os níveis de eletrólitos no sangue alterados podendo ser identificado em 53,19% dos pacientes que apresentaram este diagnóstico. Outros indicadores identificados como mais frequentes foram: mobilidade no leito prejudicada para o DE risco de integridade da pele prejudicada presente em 84,78% dos pacientes estudados. O DE disposição para o autocuidado eficaz teve como indicador a presença do desejo de realizar por si próprio a higiene do corpo (97,78%). Já o DE sobrepeso em 58,82% teve como indicador o IMC elevado (80%).

O indicador “condição de paciente acamado” foi o indicador mais frequente para estabelecer o DE risco de queda (86,67%) enquanto que para o DE mobilidade prejudicada o principal indicador foi a amplitude dos movimentos (86,84%). A administração de medicamentos no período noturno foi indicador de sono prejudicado em 100% dos casos. Além deste, o DE sono, prejudicado, relatado por 58,82% dos pacientes, ainda foi definido após o registro de dados como a inquietação devido ao ambiente hospitalar, ruídos produzidos

pelos equipamentos e o uso de dispositivos que dificultam a mobilidade no leito e geram desconforto. Neste grupo de DE, de acordo com os dados da Tabela 11, um outro DE positivo foi Processo do sistema gastrointestinal eficaz, indicado pela frequência das evacuações ao menos uma vez ao dia em 100% daqueles pacientes que apresentaram este DE (58,82%).

Quanto ao DE respiração eficaz, presente em 54,41% dos pacientes estudados foi indicado pela frequência respiratória entre 12rpm a 20rpm em 100% dos portadores deste diagnóstico. No entanto, é interessante ressaltar a presença de indicadores como saturação de oxigênio acima de 97% medida pelo oxímetro digital (100%) e distribuição uniforme dos murmúrios vesiculares, verificados pela ausculta pulmonar, pela enfermeira (100%).

O risco de hiperglicemia 51,47% possuiu como indicadores mais frequentes a ansiedade 88,57% e o estresse emocional 62,86% nestes pacientes. Além disso, a condição de pós-operatório imediato, o conhecimento deficiente sobre a patologia e a presença de DM confirmada também, fortaleceram enquanto indicadores, a identificação do diagnóstico.

**Tabela 7 - Descrição dos DE mais frequentes vinculados as NHB psicobiológicas e seu indicadores em pacientes hospitalizados em uma UTI cardiológica. Maceió, 2015.**

Necessidades Psicobiológicas					
DE	F	%	Indicadores	F	%
Risco de infecção	68	100	Presença de acesso venoso periférico	43	63,24
			Presença de acesso venoso central	25	36,76
Ingestão de alimentos eficaz	57	83,82	Aceitação da dieta via oral	57	100
Hidratação adequada	53	77,94	Frequência da ingestão de líquidos diária	50	94,34
			Condições das mucosas preservadas	44	83,02
			Turgor cutâneo preservado	38	71,70
Eliminação urinária eficaz	52	76,47	Volume de urina normal	52	100
			Coloração da urina normal	52	100
Risco de perfusão tissular ineficaz	52	76,47	Saturação de oxigênio inferior à 97%	31	59,62
			Frequência cardíaca abaixo de 60bpm ou acima de 80bpm	29	55,77
			Fração de ejeção do ventrículo esquerdo abaixo de 70%	21	40,38
			Alteração do ritmo cardíaco	21	40,38
			Edema em MMII	18	34,62
			PA baixa	12	23,08
			Pós-operatório imediato	27	51,92
Pressão arterial abaixo do valor de normalidade	12	23,53			

**Tabela 7 - Descrição dos DE mais frequentes vinculados as NHB psicobiológicas e seu indicadores em pacientes hospitalizados em uma UTI cardiológica. Maceió, 2015.**

(Continuação)

<b>Necessidades Psicobiológicas</b>					
<b>DE</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>Indicadores</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Risco de débito cardíaco prejudicado	51	75,00	Frequência cardíaca abaixo de 60bpm ou acima de 80bpm	28	54,90
			Pós-operatório imediato	28	54,90
			Alteração do ritmo cardíaco	21	41,18
			Fração de ejeção do ventrículo esquerdo abaixo de 70%	21	41,18
			Valores de eletrólitos no sangue alterados	18	35,29
			Edema em MMII	18	35,29
			Pressão arterial abaixo do valor de normalidade	13	25,49
			Frequência respiratória abaixo de 12rpm ou acima de 20rpm	8	15,69
			Oligúria	6	11,76
Ingestão de líquidos eficaz	50	73,53	Frequência da ingesta de líquidos diário	50	100
Atitude em relação ao exercício prejudicada	48	70,59	Ausência da prática de atividade física	48	100
Risco de pressão arterial alterada	48	70,59	Ansiedade	46	95,83
			Presença de Morbidade (HAS)	39	81,25
			Estresse emocional	21	43,75
			Alteração do ritmo cardíaco	16	33,33
			Frequência respiratória abaixo de 12rpm ou acima de 20rpm	8	16,67
			Elevação de sódio sérico no sangue	5	10,42
Privacidade prejudicada	47	69,12	Verbalização do paciente quanto o desconforto frente à exposição do seu corpo	47	100
Risco de desequilíbrio de eletrólitos	47	69,12	Níveis de eletrólitos no sangue alterado	25	53,19
			Frequência cardíaca abaixo de 60bpm ou acima de 80bpm	23	48,94
			Alteração do ritmo cardíaco	22	46,81
			Baixa ingestão de líquidos	17	36,17
			Alteração da frequência respiratória	14	29,79
			Cirurgia	13	27,66
			Diarreia	5	10,64
			Vômitos	2	4,26

**Tabela 7 - Descrição dos DE mais frequentes vinculados as NHB psicobiológicas e seu indicadores em pacientes hospitalizados em uma UTI cardiológica. Maceió, 2015.**

(Continuação)

<b>Necessidades Psicobiológicas</b>					
<b>DE</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>Indicadores</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Risco de integridade da pele prejudicada	46	67,65	Mobilidade no leito prejudicada	39	84,78
			Risco para formação de hematomas	26	56,52
			Edema	25	54,35
			Turgor da pele diminuído	19	41,30
Disposição para autocuidado eficaz	45	66,18	Desejo de realizar por si próprio a higiene do corpo	44	97,78
			Alimenta-se por si próprio	31	68,89
			Participação do paciente durante a higiene do corpo	20	44,44
Risco de queda	45	66,18	Condições de paciente acamado	39	86,67
			Diminuição da amplitude dos movimentos corporais	28	62,22
			Pós-operatório imediato	25	55,56
			Comprometimento da acuidade visual	21	46,67
			Dificuldade na marcha	10	22,22
			Diminuição da PA	9	20,00
			Uso de medicação hipotensora	9	20,00
			Comprometimento da acuidade auditiva	4	8,89
Sobrepeso	40	58,82	IMC elevado	32	80,00
			CA elevado	31	77,50
Eliminação intestinal eficaz	40	58,82	Frequência normal das evacuações	40	100
			Presença dos ruídos hidroaéreos	40	100
Sono prejudicado	40	58,82	Relato de que não consegue dormir	40	100
Risco de infecção no local da cirurgia	40	58,82	Saturação de oxigênio inferior à 97%	23	57,50
			Sobrepeso	22	55,00
			Alteração da glicemia	14	35,00
			Uso de drenos	10	25,00
			Presença de hematomas	6	15,00
			Perfusão Periférica maior que 2s	2	5,00
Mobilidade prejudicada	38	55,88	Amplitude dos movimentos prejudicada	33	86,84
			Pós-operatório imediato	25	65,79
			Uso de dispositivos (PAM/PVC/DRENOS)	8	21,05
			Uso de marcapasso provisório	6	15,79

**Tabela 7 - Descrição dos DE mais frequentes vinculados as NHB psicobiológicas e seu indicadores em pacientes hospitalizados em uma UTI cardiológica. Maceió, 2015.**

(Conclusão)

Necessidades Psicobiológicas					
DE	F	%	Indicadores	F	%
Mobilidade prejudicada	38	55,88	Amplitude dos movimentos prejudicada	33	86,84
			Pós-operatório imediato	25	65,79
			Uso de dispositivos (PAM/PVC/DRENOS)	8	21,05
			Uso de marcapasso provisório	6	15,79
Respiração eficaz	37	54,41	Frequência respiratória entre 12rpm a 20rpm	37	100
			Saturação de oxigênio acima de 97%	37	100
			Distribuição uniforme dos murmúrios vesiculares nos pulmões	37	100
			Respiração espontânea sem uso de dispositivos	37	100
Risco de hiperglicemia	35	51,47	Ansiedade	31	88,57
			Estresse emocional	22	62,86
			Pós-operatório imediato	17	48,57
			Conhecimento deficiente sobre a patologia	17	48,57
			Presença de Morbidade (DM)	16	45,71

Os dados apresentados na Tabela 8 apontaram 3 DE dentro das necessidades psicossociais, tem-se que o DE Ansiedade moderada foi o DE estabelecido em 95,59% dos pacientes pesquisados, sendo mais frequente entre as mulheres (93,94%) do que nos homens (91,43%). Este diagnóstico foi possível de identificação mediante indicadores colhidos na entrevista de anamnese como relatos de preocupações em razão de mudanças e eventos da vida, bem como a descoberta de estar doente, expressão de desconhecimento dos aspectos patológicos e a sensação de medo da morte, que deu origem a outros DE que não foram frequentes em mais de 50% dos pacientes.

Além desse diagnóstico, O DE processo familiar eficaz (58,82%) os DE medo da morte (58,82% dos investigados) possuiu como indicadores a preocupação com a manutenção da família e relação de amor e respeito no ambiente domiciliar. Outro DE levantado foi medo da morte indentificado pela verbalização dos pacientes do medo de morrer devido principalmente a cirurgia estando estes pacientes em período pré-operatório ou pós-operatório imediato.

**Tabela 8 - Distribuição dos DE mais frequentes vinculados às NHB psicossociais segundo indicadores. Maceió, 2015.**

Necessidades Psicossociais					
DE	F	%	Indicadores	F	%
Ansiedade moderada	65	95,59	Sensação de medo relacionado à morte	40	61,54
			Relatos e preocupações expressas em razão de mudanças e eventos da vida	38	58,46
			Descoberta e desconhecimento dos aspectos patológicos	29	44,62
			Dor	24	36,92
			Alteração da frequência cardíaca	16	24,62
Processo familiar, eficaz	40	58,82	Preocupação com a manutenção da família	40	100
			Relação de amor e respeito no ambiente domiciliar.	40	100
Medo da morte	40	58,82	Verbalização do medo de morrer	40	100

Quanto às necessidades psicoespirituais apresentadas na Tabela 9, foi possível identificar o DE angústia espiritual em 52,94% dos pacientes avaliados. Para este DE o indicador mais frequente foi verbalização da necessidade de assistência espiritual, identificado em 41,67% dos pacientes. Despertou interesse o fato de 16,67% dos pacientes estudados que apresentaram o DE angústia espiritual, portarem insuficiência renal crônica e apresentarem como indicador deste DE o questionamento da própria existência mediante.

**Tabela 9 - Distribuição dos DE mais frequentes vinculados às NHB psicoespirituais segundo indicadores. Maceió, 2015.**

Necessidades Psicoespirituais					
DE	F	%	Indicadores	F	%
Angústia espiritual	36	52,94	Verbalização da necessidade de assistência espiritual	15	41,67
			Preocupação quanto ao significado da vida	8	22,22
			Questionamento da própria existência	6	16,67

### 3.3 Grupo C – Dados relativos à associação entre os DE e as características sócio-demográficas

A tabela 10 apresenta a associação do DE risco de perfusão tissular ineficaz com as variáveis independentes idade e peso para o teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov, sendo possível inferir que houve significância entre o DE e estas variáveis. Porém este teste não referenciou significância para CA. Para tanto, utilizando-se o Teste de Shapiro-Wilk, encontrou-se associação significativa para o DE e a medida da CA. Já para o DE risco de débito cardíaco prejudicado apresentado na Tabela 11, foi possível perceber significância entre o DE e as variáveis idade e peso, no entanto tanto os dois testes de normalidade não apresentaram significância no que se refere a CA.

**Tabela 10 - Associação do DE risco de perfusão tissular ineficaz com as variáveis independentes (idade, peso e circunferência abdominal). Maceió, 2015.**

Variáveis	Média aritmética	Mín – Máx	Teste Kolmogorov-Smirnov			Normal
			Valor	V crítico	p-valor	
Idade	64,19	35 – 86	0.09587	0.12228	p > .15	Sim
Peso	71,85	52 – 109	0.11567	0.13257	p > .10	Sim
<b>Teste de Shapiro-Wilk</b>						
CA	99,19	76 – 128	0.95940	0.10866	p > .05	Sim

**Tabela 11 - Associação do DE risco de débito cardíaco prejudicado com as variáveis independentes (idade, peso e circunferência abdominal). Maceió, 2015.**

Variáveis	Média aritmética	Mín – Máx	Teste Kolmogorov-Smirnov			Normal
			Valor	V crítico	p-valor	
Idade	64,23	35 – 86	0.09215	0.12344	p > .15	Sim
Peso	71,75	52 – 109	0.12928	0.13404	p > .05	Sim
<b>Teste de Shapiro-Wilk</b>						
CA	99,19	76 – 128	0.95641	0.08910	-	Não

A Tabela 12 apresenta DE risco de pressão arterial alterada e sua associação com as variáveis independentes idade, peso e CA. Foi possível inferir que houve significância com a variável independente idade para o Teste Kolmogorov-Smirnov. No entanto houve significância entre o DE e a variável CA ao ser utilizado o Teste de Shapiro-Wilk.

**Tabela 12 - Associação do DE risco de pressão arterial alterada com as variáveis independentes (idade, peso e circunferência abdominal). Maceió, 2015.**

Variáveis	Média aritmética	Mín – Máx	Teste Kolmogorov-Smirnov			
			Valor	V crítico	p-valor	Normal
Idade	65,94	49 – 86	0.11850	0.12711	p > .05	Sim
Peso	73,73	45 – 109	0.14470	0.14048	p < .05	Não
			Shapiro-Wilk			
CA	99,19	76 – 128	0.95328	0.09128	p > .05	Sim

#### 4 DISCUSSÃO

Estudando os dados apresentados viu-se que 64,70% dos pacientes concentrou-se na faixa etária de pessoas com idade maior ou igual a 60 anos (Tabela 1). Este dado vem ao encontro do estudo de Diniz e Tavares (2013) o qual se tratou de um estudo de prevalências, constituído por 134 idosos que objetivou descrever as características sociodemográficas e identificar a prevalência dos fatores de risco cardiovascular em idosos de um município de Minas Gerais, cujos resultados apresentaram dados semelhantes e concluiu que, com o aumento da expectativa de vida, a idade tem sido relacionada às altas taxas de prevalência das doenças cardiovasculares, bem como as internações destes pacientes em UTI.

Sabe-se que o envelhecimento populacional é considerado atualmente um evento mundial. No Brasil, no início da década de 2010, a população idosa, caracterizada como pessoas com idade acima de 60 anos, somava aproximadamente 21 milhões de habitantes. A perspectiva é que em 2025 o país esteja ocupando a sexta posição entre os países com maior contingente de pessoas da terceira idade, alcançando 32 milhões de habitantes, com uma expectativa de vida de 74 anos, segundo a Organização Mundial de Saúde (SANTOS et al., 2014). No estado de Alagoas, a população idosa representa 8,1% do número total de habitantes e no município de Maceió, dos 932.748 habitantes (IBGE, 2014). Isto poderá aumentar ainda mais o número de doenças cardiovasculares neste segmento populacional e conseqüentemente o número de internações em UTIs.

Além disso, a maior prevalência das doenças cardiovasculares neste estudo ocorreu no sexo masculino 51,5%, com uma diferença pouco expressiva em relação à população feminina 48,52% revelando-se como um dado importante no que se refere ao sexo, tendo em vista as conquistas femininas no contexto social, político e econômico que tornaram este grupamento humano mais vulnerável ao estresse e às pressões sociais e conseqüentemente, susceptíveis às doenças cardiovasculares (SLOPEN et al, 2012).

Isto corrobora com o estudo de Gonçalves et al. (2013), que realizou um estudo de prevalência cujo objetivo foi orientar e atuar por meio de um programa de reabilitação cardiovascular em mulheres com fator de risco cardiovascular inseridas em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e avaliar sua qualidade de vida afirmando que os dados epidemiológicos têm demonstrado que as mulheres estão alcançando índices cada vez maiores de desenvolvimento de doenças cardiovasculares devido à emancipação feminina chegando a igualar-se aos fatores de risco apresentados pelo sexo masculino, dentre estes fatores o tabagismo, o estresse laboral e alimentação inadequada.

Outro fator observado neste estudo foi à medida da CA e sua associação como fator de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares, verificando-se que a associação só é forte quando, para homens, esta medida apresentar valor igual ou superior a 102 cm e para mulheres medida igual ou superior a 88 cm (TOMASI et al., 2014). Assim foi possível verificar que tanto os pacientes do sexo masculino quanto os pacientes do sexo feminino encontram-se acima dos parâmetros de normalidade com uma tendência ao sobrepeso e a obesidade.

Para a Enfermagem, isto incorre em um fator preocupante quando se remete ao risco cardiovascular e a relação com a gordura abdominal, sugerindo a necessidade de conscientização e educação do paciente para à redução desta medida por meio da adoção de hábitos de vida saudáveis, principalmente quando associada à CA a outros fatores de risco como sedentarismo, obesidade e a presença de morbidade.

O estudo de Martins et al. (2010), que teve por objetivo avaliar o estado nutricional, o nível de atividade física e os níveis de pressão arterial de estudantes da Universidade Federal do Piauí, em Teresina, em uma abordagem transversal com amostra de 605 estudantes afirmou que entre os fatores de risco para doenças cardiovasculares, o sobrepeso e a obesidade merecem destaque especial, pois o excesso de massa corporal é um fator predisponente para a hipertensão, podendo ser responsável por 20% a 30% dos casos; e 75% dos homens e 65% das mulheres apresentam hipertensão diretamente atribuível a sobrepeso e obesidade. O excesso de adiposidade corporal e a inatividade física têm apresentado grande prevalência entre os fatores de risco para doenças cardiovasculares.

Quanto à escolaridade mais da metade da amostra do estudo apresentou alto nível de escolaridade, característica esta que pode estar associada ao fato do estudo ter-se realizado em UTI privada. Os estudos de Berlezi e Schneider (2009) que verificou o risco cardiovascular de uma população de hipertensos em um estudo transversal, observacional descritivo-analítico com uma amostra de 130 sujeitos e Nascente et al. (2010) que verificou a presença de hipertensão arterial e sua correlação com alguns fatores de risco, em um estudo descritivo, observacional e transversal em que foram investigados 1.168 pacientes em uma amostra aleatória, afirmaram que os baixos níveis de escolaridade têm implicações diretas nas condições de saúde das populações, estando também associadas as maiores taxas de desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Não foi encontrado estudo que associasse a alta escolaridade com o internamento por evento cardiovascular em unidade de saúde privada, o que se constitui como uma limitação a ser superada em estudos futuros.

Deve-se recordar que foram encontrados em 68 pacientes que compuseram a amostra, em estado bruto, 113 DE e aplicando-se o ponto de corte de estabelecimento do DE em pelo menos 50% de os estudados para definir os mais frequentes, ficaram 25 DE utilizando como linguagem a CIPE®. Considerando ainda que a teoria adotada para aplicar as fases de investigação e DE do PE foi a das Necessidades Humanas Básicas como vista por HORTA (2011), é razoável aceitar que se discuta, dentre os DE mais frequentes, aqueles que têm potencial para associação com as variáveis independentes estudadas e que gerarão intervenções e resultados de Enfermagem facilmente acessíveis para os enfermeiros que estiverem trabalhando na Unidade pesquisada.

Nesta perspectiva, discutindo o quantitativo de DE encontrado, verificou-se que em estudos realizados para identificação de diagnósticos de enfermagem em pacientes hospitalizados, o número foi variado. No estudo de Nóbrega, Nóbrega e Silva (2011), que teve por objetivo construir afirmativas de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para crianças internadas na clínica pediátrica de um hospital escola, foi possível identificar 48 afirmativas diagnósticas mais frequentes. Araújo, Nóbrega e Garcia (2013) levantaram em seu estudo os diagnósticos e intervenções de enfermagem para pacientes portadores de insuficiência cardíaca congestiva produzindo 66 afirmativas de DE em um estudo com pacientes portadores de ICC.

Além disso, em um estudo de Salgado (2010) que teve por objetivo identificar e mapear dos diagnósticos e ações de enfermagem de pacientes internados em uma UTI adulto foram identificados 28 DE mais frequentes. Isto permitiu compreender que quando comparado com outros estudos que apresentaram resultados distintos, os DE levantados neste estudo tendo em vista a frequência e a população estudada, apresentou expressividade mediante a amostra avaliada. Chamou a atenção o quantitativo de DE encontrado pelo autor, muito próximo dos mais frequentemente encontrados nesta pesquisa.

O levantamento dos DE exige do enfermeiro, como consequência, o planejamento de intervenções e a mensuração de resultados destas intervenções para avaliação constante da prática do cuidado realizada. Por meio do levantamento dos DE mais frequentes em pacientes hospitalizados em UTI cardiológica é possível propor um plano de cuidados específico e com abordagem individual.

Deste modo, o DE risco de infecção apresentado em 100% dos pacientes é comumente identificado em pacientes que estão hospitalizados em UTI devido à necessidade em garantir acesso intravenoso tendo em vista a complexidade das medicações e diferentes dosagens das mesmas, bem como a condição de saúde atual dos pacientes. Os cateteres intravenosos são

amplamente utilizados na terapêutica intravenosa em diversas condições clínicas e estabelecem contato entre o meio externo e a corrente sanguínea transformando-se em fator de risco para causa iatrogênica de complicações (MURASSAKI et al. 2013).

Estas por sua vez, podem apresentar-se ao nível do local de inserção do cateter e/ou espalhar-se na corrente sanguínea, caracterizando uma bacteremia, septicemia ou fungemia (MURASSAKI et al. 2013). Para tanto a enfermagem tem papel primordial no que diz respeito à identificação deste DE e planejamento das intervenções que minimizem o risco de infecção. Dentro destas intervenções, a CIPE<sup>®</sup> (2013) permite propor: **inspecionar, avaliar e manter** acesso intravenoso; **gerenciar** acesso venoso periférico e/ou central; **trocar** dispositivo para acesso vascular e **orientar** a equipe sobre prevenção de infecção cruzada, bem como **supervisionar** higiene das mãos.

Os DE risco de débito cardíaco, prejudicado 75% e risco de perfusão tissular ineficaz 76,47% estiveram associados. O termo risco é definido na CIPE<sup>®</sup>(2013) como “Potencialidade: Que existe em possibilidade”, para definição de débito cardíaco prejudicado tem-se: “condição cardíaca: quantidade de sangue ejetado do ventrículo esquerdo por minuto prejudicada”, o que possibilita compreender que quando prejudicado, o débito cardíaco fornece uma quantidade de sangue para o coração insuficiente para atender as demandas metabólicas corporais interferindo de modo negativo também, na perfusão tissular periférica e pulmonar (GUYTON; HALL, 2012).

Em um estudo que buscou validar o conceito de risco de débito cardíaco diminuído, Santos et al. (2013) afirmam que ao responder à indagação do que pode acontecer após a condição de risco de débito cardíaco prejudicado estar instalada, como consequentes dessa necessidade caso as intervenções preventivas não sejam aplicadas precocemente, seria a transposição de uma situação de risco para a condição real em que a quantidade de sangue bombeado pelo coração será insuficiente para atender as demandas metabólicas corporais.

Deste modo, o estabelecimento deste DE fortalece o desenvolvimento de ações direcionadas individualizadas no que se refere à necessidade humana básica regulação cardiovascular, voltadas para avaliação da função cardíaca por meio do monitor cardíaco, ausculta torácica e avaliação do ritmo e fonese das bulhas cardíacas, avaliação e registro fração de ejeção do ventrículo esquerdo, monitoramento da administração de drogas vasoativas, avaliação da frequência cardíaca do paciente, bem como, medidas de pressão arterial, avaliação e identificação de arritmias, avaliação e registro FC apical quanto ao ritmo; instalação, medição, interpretação e registro de PVC, além do débito urinário, níveis de eletrólitos e a orientação do paciente quanto a sua morbidade.

Para o DE ingestão de líquidos eficaz 73,53% foi verificada a frequência na ingestão de líquidos diário. Este DE é definido na CIPE como “Processo de ingerir líquidos contendo nutrientes e de água necessários ao crescimento, funcionamento normal e manutenção da vida”. No entanto, é importante quando se trata de pacientes com afecções cardiovasculares e em particular na presença de Insuficiência Cardíaca (IC), inserir nas intervenções de enfermagem o controle da ingestão de líquidos devido à sobrecarga hídrica e as possíveis complicações.

Tomando como referência o estudo de Rabelo et al. (2006) que descreveu o manejo não-farmacológico de pacientes hospitalizados com insuficiência cardíaca em hospital universitário, em uma população de 239 pacientes, a quantidade máxima de 1,5 L/dia é frequentemente recomendada a pacientes com IC moderada a grave; no entanto, em diretrizes nacionais e internacionais, a quantidade de líquidos a ser prescrita não é claramente mencionada, porém, na IC grave a concentração de hormônio antidiurético circulante pode estar aumentada e a capacidade de eliminação de água prejudicada, a restrição hídrica é aconselhada para evitar que a concentração de sódio plasmático caia a níveis inferiores a 130 mEq/L gerando complicações mediante a sobrecarga cardíaca (LAGOEIRO JORGE; MESQUITA, 2008).

Para tanto, a enfermagem deve conhecer as medidas de tratamento não farmacológicas para IC e assim incluí-las nas intervenções de enfermagem que serão aplicadas a estes pacientes. A orientação dos pacientes quanto o conhecimento da sua morbidade, suas complicações e as medidas de controle são importantes para garantir à adesão dos pacientes a terapêutica implantada. Nestes casos e, tomando como real a possibilidade de associação com deficiência renal, um indicativo seguro para a enfermagem controlar a ingestão de líquidos é basear-se no volume urinário eliminado nas 24 horas (LINHARES, 2012).

O DE ansiedade moderada relacionado às necessidades psicossociais, presente em 95,59% dos pacientes foi associado a outros diagnósticos como o medo da morte, positivo, processo familiar, eficaz, conhecimento sobre processo patológico, ineficaz e a dor, positiva. A ansiedade é, de acordo com a definição apresentada na CIPE® (2013), uma emoção negativa caracterizada por sentimentos de ameaça, perigo ou angústia. O DE “ansiedade moderada” é considerado como um dos mais difíceis de identificar e quantificar, na medida em que esta é experiência da por cada pessoa de uma maneira particular e tendo por base a sua experiência prévia (SAMPAIO; RIBEIRO; SANTOS, 2011).

A ansiedade, ainda, quando combinada a outros fatores como, por exemplo, o estresse, a dor e o medo da morte podem predizer eventos cardiovasculares uma vez que favorece o

aumento da frequência cardíaca, da pressão arterial sistêmica e o consumo de oxigênio por aumentar consequentemente a frequência respiratória. Tendo em vista estes aspectos, estiveram associados ao DE ansiedade moderada os diagnósticos: frequência cardíaca prejudicada e risco de respiração prejudicada.

O estudo de Benedet e Brasil (2012) que abordou a sistematização da assistência de enfermagem e as necessidades de cuidados de pacientes internados em terapia intensiva considera que o paciente internado em UTI está exposto a uma série de estímulos estressantes que geram repercussões psicológicas e fisiológicas importantes. Os fatores estressantes que existem na UTI provocam no paciente frequentes reações psicológicas como medo, ansiedade, insegurança e depressão. Essas reações costumam reduzir ou mesmo anular os efeitos benéficos do tratamento intensivo.

Estes achados sugerem particular atenção por parte dos enfermeiros, pois estes têm subsídios suficientes para realizar atividades de vigilância e intervenções devidamente fundamentadas tendo em vista os aspectos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais que a identificação e o planejamento das intervenções de enfermagem para este diagnóstico permeiam, fortalecendo assim a necessidade humana referente à segurança.

Já os DE atitude em relação ao exercício prejudicada 70,59%, risco de pressão arterial alterada 70,59% e o sobrepeso 58,82% estiveram associados às variáveis independentes neste estudo como IMC, CA, sexo e a presença de morbidade, bem como ao desenvolvimento de eventos cardiovasculares. Corroborando com este estudo, Costa et al. (2011) em um estudo sobre a prevalência de sedentarismo, obesidade e o risco de doenças cardiovasculares verificou que 35,12% (26) da população avaliada caracterizava-se como irregularmente ativa e sedentária, bem como, apresentavam IMC elevado proporcionando destaque para população feminina que apresentou os maiores percentuais.

Sabe-se que a obesidade e o sedentarismo são importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e deixaram, nas últimas décadas, a esfera dos problemas particulares tornando-se grandes ameaças da saúde pública. Esses fatores de risco configuram-se como uma epidemia que envolve tanto países desenvolvidos como em desenvolvimento (TURI et al., 2011). Além disso, a presença de morbidade como HAS e DM, aparece em um estudo de Conceição, Oliveira e Guimarães (2012), que verificou a atuação da enfermagem frente aos fatores de risco da hipertensão arterial e diabetes mellitus, como fatores de risco para doenças cardiovasculares ocasionadas por fatores de natureza modificável e multifatoriais, tais como a obesidade e o sedentarismo.

Desse modo, ações que focalizem a avaliação do estado nutricional devem ser adotadas para o estabelecimento de estratégias de intervenção com vistas à prevenção de doenças cardiovasculares, uma vez que os medidores antropométricos podem ser modificados com a adoção de estilo de vida saudável e controle do peso corporal. Da mesma forma deve ser feito para o combate ao sedentarismo, visando reduzir a morbimortalidade associada às doenças cardiovasculares (LIMA et al., 2012). No entanto, é necessário ajustar essas intervenções e o estabelecimento dos resultados de enfermagem a variáveis como idade e escolaridade, no sentido de centrar esforços na conservação dos resultados obtidos, uma vez que pode não ser desejo do paciente se ver cercado de restrições no momento em que julga ser o fim de sua vida.

O DE risco de integridade da pele prejudicada 67,65%, definido na CIPE® (2013) como “risco à condição de ser íntegra da superfície natural, robusta e flexível, mais externa do corpo de ser prejudicada” é um problema comum em pacientes hospitalizados em UTI e neste estudo em particular na UTI cardíaca em detrimento das inúmeras necessidades demandadas pelos pacientes como, por exemplo, a utilização de dispositivos de monitoração, de infusão endovenosa e o estado de pós-operatório que restringem a mobilidade no leito e acentuam o risco de ferir a integridade da pele. A identificação deste DE demanda atenção da equipe de enfermagem quanto aos cuidados prestados a estes pacientes de forma a estabelecer intervenções que previnam o surgimento de lesões na pele.

Risco de queda encontrado em 66,18% esteve em sua grande maioria relacionado à idade dos pacientes que neste estudo foi caracterizada como idosa (porque a maioria estava na média de idade de 65,21 anos – Tabela 1) tomando como referência a definição de Ballesteros (2013) para idoso como sendo o sujeito com 60 anos ou mais em países em desenvolvimento e com 65 anos ou mais em países desenvolvidos. Com esta característica, é de se esperar os DE relacionados ao processo natural do envelhecimento, além das limitações ocasionadas devido à condição de saúde atual.

Para este DE o enfermeiro, ao planejar as intervenções, deve ter um entendimento sobre os aspectos que envolvem o processo natural do envelhecimento e relacioná-lo as necessidades psicobiológicas afetadas principalmente quanto à mecânica corporal, a locomoção e a percepção dos sentidos. É importante salientar ainda que o risco de queda envolve fatores de risco intrínsecos e dentre estes a utilização de medicações hipotensoras e ansiolíticas (CUNHA; LOURENÇO, 2014). Assim sendo, neste estudo, o uso destas medicações também foram indicadores deste diagnóstico.

Além disso, quanto aos indicadores que levaram à identificação deste DE tem-se o comprometimento da acuidade visual encontrado em 46,67% destes pacientes e que também está relacionado à idade, uma vez que o envelhecimento produz alterações no cristalino como, por exemplo, a opacificação que proporciona alterações na visão, sendo considerado também um fator de risco intrínseco para quedas (PEREIRA et al., 2011).

Ao DE risco de infecção no local da cirurgia (58,82% dos pesquisados), foi associado às variáveis independentes do estudo como a morbidade, a exemplo o DM, além da idade, obesidade e ao tabagismo bem como a utilização de dispositivos de drenagem torácica que podem ser caracterizados como corpo estranho, indicados pela avaliação da saturação de oxigênio, pela avaliação do estado nutricional e a presença de hematomas no local do procedimento, tempo de exposição cirúrgica do paciente e principalmente quando submetido à circulação extracorpórea.

Em relação ao DM, Ledur et al. (2011) demonstraram que a hiperglicemia no pré-operatório de cirurgia cardíaca foi o principal fator de risco para o desenvolvimento de infecções pós-operatórias, risco que pode ser reduzido com melhora do controle glicêmico no perioperatório. A elevada incidência de infecções em pós-operatório de cirurgia cardíaca é mais comum em pacientes com diabetes, especialmente infecções profundas da ferida operatória (SZEKELY et al. 2011). No estudo de Magalhães et al. (2012) vários fatores foram indicados como influenciadores do desenvolvimento de infecção na ferida operatória, entre eles, a circulação extracorpórea por provocar alterações fisiológicas no sistema imunológico, especialmente pelo uso da hipotermia e hemodiluição o que predispõe ao aparecimento de infecções.

Os mesmos autores também reafirmam que o DM, o tabagismo e a obesidade estiveram presentes no estudo como dificultadores do processo de cicatrização por influenciar de forma sistêmica no metabolismo do ser humano. Isto demonstra a importância das associações realizadas no presente estudo e a necessidade de avaliação por parte da enfermagem destas variáveis. Vale resgatar que neste estudo 80,88% dos pacientes apresentaram HAS e 39,71% DM.

Além disso, é importante relatar que o DE risco de hiperglicemia esteve presente em 51,47% dos pacientes fortalecendo a necessidade de intervenções de **monitorização, vigilância e controle** da glicose sanguínea para os pacientes que sofreram intervenções cirúrgicas tendo por finalidade contribuir com o processo de cicatrização. Para definição deste diagnóstico foram avaliados os indicadores: ansiedade, estresse emocional, conhecimento

insuficiente sobre a patologia, morbidade DM e pós-operatório imediato que reafirmam as associações entre estes DE.

Outro fator importante a ser observado no que concerne ao DE risco de infecção na localização da cirurgia, é a formação de hematoma associada aos procedimentos cirúrgicos e em particular às angioplastias. Em um estudo de coorte prospectivo, realizado por enfermeiras na Itália com 199 pacientes que buscou descrever as complicações vasculares relacionadas às punções arteriais transradial e transfemoral, em pacientes submetidos à angioplastia coronariana transluminal percutânea, foi constatado que a formação de hematoma ocorreu em uma média de 10% das intervenções por via radial e 16,5% para intervenções por via femoral, sendo considerado um alto índice para formação de hematoma (ARMENDARIS et al., 2008).

Neste estudo a presença de hematoma foi identificada em 8,82% dos pacientes da amostra, o que demonstra uma baixa incidência, no entanto, risco de hematoma foi considerável, uma vez que o número de cateterismos e angioplastias realizadas teve incidência elevada na população estudada. Deste modo, embora este não tenha sido um dos DE mais frequentes, a sua natureza exige atenção por parte da equipe de Enfermagem e o enfermeiro deve instituir no planejamento das intervenções, **orientar** quanto à limitação da mobilidade do membro em que foi realizado o procedimento, **avaliação** nas primeiras horas do local, **observar** o curativo compressivo e **observar** sinais de sangramento e hematoma.

Outro DE identificado foi sono prejudicado (58,82% dos estudados) e esteve relacionado a causas multifatoriais como a adaptação ao ambiente, aos sons produzidos pelos equipamentos, aos horários de medicações, ao uso dos dispositivos de monitoração e a separação da família. O estudo de Veiga, Gomes e Melo (2013), um estudo prospectivo, transversal, de caráter descritivo, realizado na UTI do Hospital de Base do Distrito Federal que objetivou identificar os agentes estressores na UTI percebidos por uma população de 40 pacientes idosos no pós-operatório de cirurgia cardíaca, mencionou o DE sono prejudicado referenciado pelos pacientes que participaram do estudo, causado principalmente pelos aparelhos, movimentação da equipe e ansiedade do paciente.

Esta situação determina a necessidade de intervenções terapêuticas e preventivas da insônia mediante o conforto do paciente o possibilitará a melhora da necessidade humana básica afetada que neste caso é o sono e repouso. Dentro destas ações o uso das Práticas Integrativas e Complementares do Cuidado, técnicas que visam à assistência à saúde do indivíduo, seja na prevenção, tratamento ou cura, considerando-o como mente/corpo/espírito e não como um conjunto de partes isoladas, pode favorecer o alcance do conforto do paciente (RODRIGUES; PEREIRA, 2011).

No que se refere às necessidades psíquicas o DE angústia espiritual esteve presente 52,94% dos pacientes avaliados. Este DE é definido na CIPE® (2013) como “Rompimento na crença pessoal sobre a vida; questões sobre o significado da vida, associadas a questionamentos sobre sofrimento, separação de laços religiosos ou culturais, alteração nas crenças ou sistemas de valor, sentimentos de sofrimento intenso e raiva contra a divindade”.

A abordagem das necessidades psíquicas encontrou alguns desafios durante a etapa de explicação do estudo e isto se deu mediante a falta de conhecimento, treinamento e desconforto com a forma em abordar o tema evidenciado por parte dos enfermeiros da UTI cardíaca. Mesmo existindo confirmação científica acerca dos benefícios da religiosidade e da espiritualidade na saúde, e do entendimento do ser humano com multidimensional, percebe-se que na prática a investigação da espiritualidade é pouco realizada e pouco considerada nos planos terapêuticos e de cuidados (CONNER, 2009).

No estudo de Shih et al. (2008) em que se procurou avaliar preocupações psíquicas relacionadas a condição de paciente designado à cirurgia de transplante cardíaco, foi sugerido que o plano de cuidados de enfermagem abrangesse a avaliação e suporte espiritual, introduzindo apoio religioso no cuidado e incluindo consultores religiosos entre os membros da equipe de saúde, determinando o valor na abordagem do assunto na recuperação do paciente. Nesta direção, inserir na investigação e na lista de DE as questões relativas às necessidades psíquicas é um avanço e poderá vir a ser um diferencial na unidade estudada.

Discutindo as associações propostas neste estudo entre os DE mais frequentes apresentados e as variáveis independentes por meio dos Testes Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk, foi possível verificar que a variável independente CA foi associada de modo significativo aos DE risco de perfusão tissular ineficaz, risco de débito cardíaco prejudicado e risco de pressão arterial alterada.

Silveira et al. (2013), considera em seu estudo o qual analisar o perfil do sobrepeso e obesidade de trabalhadores de enfermagem de unidades de intensivismo e emergência, que a CA é um dado interessante, visto que é um fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e erroneamente subestimada quanto a suas implicações (SILVEIRA et al., 2013). Deste modo, os dados apresentados no presente estudo, reafirmam a importância de considerar a medida da CA como um possível marcador da ocorrência de problemas passíveis de serem identificados pelo enfermeiro para o planejamento de intervenções preventivas destes DE.

## 5 CONCLUSÃO

Este estudo teve como objeto os diagnósticos de enfermagem mais frequentes presentes em pacientes internados em uma UTI cardiológica. Os objetivos foram identificar os DE mais frequentes em indivíduos internados em uma UTI cardiológica e analisar as associações existentes entre os DE mais frequentes e as características sociodemográficas de seus portadores, na proposta de responder as questões norteadoras sobre que diagnósticos de enfermagem são mais frequentes em pacientes admitidos em uma UTI cardiológica e se há associação entre esses diagnósticos e as características sociodemográficas dos pacientes estudados.

Referentes ao primeiro objetivo foram identificados 25 DE mais frequentes nos 68 pacientes que compuseram a amostra do estudo, formulados no Modelo de Sete Eixos da CIPE® e organizados conforme a TNHB. Assim, foi possível identificar 21 DE correspondentes às necessidades psicoespirituais, 3 correspondendo às necessidades psicossociais e 1 correspondendo às necessidades psicoespirituais.

Os DE mais frequentes foram risco de infecção, risco de perfusão tissular ineficaz e risco de débito cardíaco prejudicado que estiveram presentes em mais de 75% dos pacientes, classificados nas necessidades humanas de segurança física, regulação cardiovascular e oxigenação. O DE ansiedade moderada, classificado nas necessidades psicossociais de gregária e segurança emocional, esteve presente em 95,59% dos pacientes estudados. No grupo das necessidades psicoespirituais o DE mais frequente foi angústia espiritual, indicado pela verbalização da necessidade de assistência espiritual.

Para estes diagnósticos foram observados, nos sumários de situação, indicadores que direcionaram mediante análise dos termos constantes nos eixos da CIPE® o estabelecimento das afirmativas diagnósticas. O DE risco de infecção esteve presente em todos os pacientes e possuiu como principais indicadores o uso de acesso venoso periférico e central. Já os diagnósticos risco de perfusão tissular ineficaz e risco de débito cardíaco prejudicado possuíram indicadores semelhantes, dentre eles: a alteração da pressão arterial, a necessidade de monitoração da PVC e a fração de ejeção do ventrículo esquerdo.

Além disso, o DE ansiedade moderada evidenciou como indicador mais presente a sensação de medo relacionado à morte. Quanto ao DE angústia espiritual, o indicador necessidade de assistência espiritual esteve presente na maior parte dos pacientes seguido da incapacidade de participar de práticas religiosas.

No que se refere ao segundo objetivo foi possível associar os DE aos dados sociodemográficos uma vez que, a idade, o sedentarismo, a obesidade, IMC, CA e as morbidades principalmente a HAS e DM foram fatores que contribuíram para o desenvolvimento do quadro nosológico dos pacientes. Além disso, utilizar os Testes Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk, para verificar as associações entre os DE risco de perfusão tissular ineficaz, risco de débito cardíaco prejudicado, risco de pressão arterial alterada e as variáveis independentes idade, peso e CA, demonstrou significância positiva entre estas variáveis e os DE.

Deste modo, o Enfermeiro por meio da identificação das necessidades básicas afetadas dos pacientes e a formulação dos diagnósticos de enfermagem pode contribuir significativamente para o planejamento e implementação do PE, tanto no período de internamento como após a fase crítica, melhoria dos hábitos de vida do paciente através da educação em saúde.

Essa abordagem deve ser individualizada, por meio implementação do PE para o cuidado com o paciente, requerendo do enfermeiro o emprego de seu tempo, conhecimento, competência, raciocínio crítico e reflexivo no planejamento de intervenções que favoreçam a obtenção de resultados satisfatórios na manutenção ou recuperação da saúde do paciente, tornando-se contribuição efetiva e concreta, através dos registros de Enfermagem, do processo de cuidar em saúde desses pacientes.

Assim sendo, o vínculo entre profissional e paciente vem estruturar e consolidar este processo. Neste processo o enfermeiro da UTI deve estabelecer ações que favoreçam a orientação, informação, adequação dos esquemas terapêuticos ao estilo de vida do paciente, esclarecimentos e suporte emocional, bem como incluir intervenções que envolvam fatores terapêuticos e educativos ligados ao reconhecimento e à aceitação de suas condições de saúde e ao desenvolvimento da consciência para o autocuidado.

Para tanto, as intervenções de enfermagem devem contemplar orientações sobre o tratamento e procedimentos realizados, avaliar os fatores que estão favorecendo a condição de estresse, estabelecer vínculo com a família na perspectiva do cuidado ao paciente, estimular para o autocuidado, monitorar os sinais vitais para alterações que podem levar a complicações mediante o estado do paciente.

Por fim é importante que o enfermeiro esteja atento na identificação das necessidades afetadas dos pacientes com a utilização de uma linguagem própria, a fim de propor um planejamento individualizado das intervenções de enfermagem na garantia de uma assistência

sistematizada e que vem sendo discutida e enfatizada na literatura, sendo abordada neste estudo a partir dos diagnósticos mais frequentes em pacientes admitidos em UTI cardiológica.

No entanto, este estudo apresentou limitações, uma vez que a UTI cujos dados foram coletados tem caráter privado expressando dados de uma determinada realidade. Além disso, por ser uma instituição de caráter privado e com a amostra de 68 pacientes, não permite que se generalize os resultados para outras instituições.

Não obstante, como a enfermagem busca prestar uma assistência voltada à integralidade do cuidado e compreendendo que o PE direciona o cuidado prestado, sugere-se que estudos semelhantes possam ser conduzidos contemplando outras UTI em diferentes contextos, existentes no estado de Alagoas, bem como a construção de um Catálogo CIPE para pacientes admitidos em UTI cardiológica, contribuindo para implantação/implementação do PE.

## REFERÊNCIAS

- ALCÂNTARA, M.R. et al. Teorias de enfermagem: a importância para a implementação da sistematização da assistência de enfermagem. **Rev. Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**. v.2, n.2, p.115-132, 2011. Disponível em: <http://www.faema.edu.br/revistas/index.php/Revista-FAEMA/article/view/99>. Acesso em: 22 dez. 2014.
- ALFARO-LEFFEVRE, R. **Aplicação do Processo de Enfermagem: promoção do cuidado colaborativo**. 7ª Ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
- AMANTE, L.N.; ROSSETTO, A.P.; SCHNEIDER, D.G. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva sustentada pela Teoria de Wanda Horta. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v.43, n.1, p. 54-64, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v43n1/07.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2013.
- ARAGÃO, J. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. **Rev. Praxis**. a. III, n.6, 2011. Disponível em: <http://web.unifoa.edu.br/praxis/numeros/06/59.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2014.
- ARAÚJO, A.A.; NÓBREGA, M.M.L.; GARCIA, T.G. Diagnósticos e intervenções de enfermagem para pacientes portadores de insuficiência cardíaca congestiva utilizando a CIPE®. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v.47, n.2, p. 385-392, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342013000200016&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342013000200016&script=sci_arttext). Acesso em: 13 ago. 2013.
- ARMENDARIS, M.K. et al. Incidência de complicações vasculares em pacientes submetidos a angioplastia coronariana transluminal percutânea por via arterial transradial e transfemoral. **Acta paul. enferm.** v.21 n.1, 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002008000100017&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002008000100017&script=sci_arttext&tlng=pt). Acesso em: 12 dez. 2014.
- BALLESTEROS, R.F. **Quality of Life in Old Age: Problematic Issues**. Ed. Alemanha: Springer, 2013.
- BARRA, D.C.C.; DAL SASSO, G.T.M. Processo de Enfermagem conforme a CIPE®: uma revisão integrativa. **Rev. Texto contexto enferm.** v.21, n.2, p.440-447, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072012000200024&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072012000200024&script=sci_arttext). Acesso em: 03 nov. 2014.
- BARROS, A. L.B.L. Classificações de diagnóstico e intervenção de enfermagem: NANDA-NIC. **Acta Paul Enferm.** v.22, ed. especial, p.864-867,2009. Disponível em : <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe/03.pdf>. Acesso em: 10 out.2014.
- BENEDET, S.A.; BRASIL, N. A sistematização da assistência de enfermagem e as necessidades de cuidados de pacientes internados em terapia intensiva. **Rev. Eletrônica Gestão e Saúde**. v.3, n.4, p. 800-815. Disponível em: <http://www.gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/169>. Acesso em: 15 nov.2014.
- BERLEZI, E.M.; SCHNEIDER, R.H. Análise do risco cardiovascular em hipertensos adscritos em uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Contexto e Saúde**. v.9, n. 17, p.45-52, 2009. Disponível

em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1459>. Acesso em: 11 nov. 2014.

BORDINHÃO, R.C.; ALMEIDA, M.A. Instrumento de coleta de dados para pacientes críticos fundamentado no modelo das necessidades humanas básicas de Horta. **Rev. Gaúcha Enferm.** v. 33, n. 2, p. 125-131, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472012000200018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000200018). Acesso em: 13 ago. 2013.

BRASIL. **Lei n. 7498 de 25 de junho de 1986.** Dispões sobre o Exercício Profissional da Enfermagem. Brasília, Brasil, 1986. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/download/LeiPROFISSIONAL.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2014.

BRASIL. **Portaria n. 3432 de 12 de agosto de 1998.** Estabelece critérios de classificação para as Unidade de Tratamento Intensivo. Brasília, Brasil, 1998. Disponível em: <http://www.assobrafir.com.br/userfiles/file/PTGM-MS3432-98UTI.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2014.

BRASIL. **Resolução CNS n. 466 de 12 de dezembro de 2012.** Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Brasil, 2012.

CAMARGOS, B.G. **Avaliação de fatores estressores dentre de uma Unidade de Terapia Intensiva do Distrito Federal.** Universidade Católica de Brasília. 2011. Disponível em: <http://repositorio.ucb.br/jspui/bitstream/10869/859/8/Bruna.pdf>. Acesso em 03 de nov. 2014.

CANTO, D.F.; ALMEIDA, M.A. Resultados de enfermagem para padrão respiratório ineficaz e ventilação espontânea prejudicada em terapia intensiva. **Rev. Gaúcha de Enferm.** v.34, n.4, p.137-145, 2013. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/37076/28581>. Acesso em: 12 dez. 2014.

CARPENITO-MOYET, L. J. **Manual de Diagnósticos de Enfermagem.** 13ª Ed. Rio de Janeiro: Artmed, 2011.

CARPENITO-MOYET, L. J. **Planos de Cuidados de Enfermagem e Documentação: Diagnóstico de Enfermagem e Problemas Colaborativos.** 5ª Ed. Rio de Janeiro: Artmed, 2011.

CHIANCA, T.C.M. et al. Mapeamento de metas de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva por meio da Classificação de Resultados de Enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enferm.** v. 20, n. 5, t.1-10, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000500006&script=sci\\_arttext&tIng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000500006&script=sci_arttext&tIng=pt). Acesso em: 22 ago. 2013.

CLARES, J.W.B. et al. Construção de subconjuntos terminológicos: contribuições à prática clínica do enfermeiro. **Rev. Esc. Enferm. USP.** v.47, n.4, p.965-70. Disponível em: [www.ee.usp.br/reeusp/](http://www.ee.usp.br/reeusp/). Acesso em 10 fev. 2015.

COLLIÈRE, M.F. **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem.** Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. 1989.

CONCEIÇÃO, C.C.; OLIVEIRA, G.R.S.A.; GUIMARÃES, S.D. A atuação da enfermagem frente aos fatores de risco da hipertensão arterial e diabetes mellitus: uma revisão integrativa da literatura. **Interfaces Científicas Saúde e Ambiente**. v.2, n.1, p. 9-24, 2013. Disponível em: [www.periodicos.set.edu.br](http://www.periodicos.set.edu.br). Acesso em: 12 dez.2014.

CONNER, B.T., et al. Effect of Religiosity and Spirituality on Drug Treatment Outcomes. **Journal Behav Health Serv Rev**. v. 36, n. 2, p.189-198, abril, 2009. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2693037/>. Acesso em 15 fev. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução 311 de 12 de maio 2007**. Brasília. Disponível em: [http://www.huwc.ufc.br/arquivos/biblioteca\\_cientifica/1188236444\\_91\\_0.pdf](http://www.huwc.ufc.br/arquivos/biblioteca_cientifica/1188236444_91_0.pdf). Acesso em:15 jun. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução 358 de 15 de outubro 2009**. Brasília. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html). Acesso em:15 de jun de 2014.

COSTA, M.P. et al. Prevalência de sedentarismo, obesidade e risco de doenças cardiovasculares em frequentadores do CEAfir. **Rev. Colloquium Vitae**. v.3, n. 1, p. 22-26, 2011. Disponível em: <http://revistas.unoeste.br/revistas/ojs/index.php/cv/article/viewFile/562/466>. Acesso em: 12 dez. 2014.

CRUZ, D.S.M. **Planejamento da Assistência**: terceira fase do processo de Enfermagem. In: Fundamentos do Cuidar em Enfermagem. Cap. 4. 2ª Ed. Belo Horizonte: ABEn, 2009.

CRUZ, D.A.L.M. **Diagnósticos de Enfermagem**. In: Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem. Cap.6. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CUBAS, M.R.; SILVA, S.H., ROSSO, M. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®): uma revisão de literatura. **Rev. Eletr. Enf**. v.12, n. 1, p. 186-194, 2010. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/pdf/v12n1a23.pdf>. Acesso em: 22 de agos de 2013.

CUNHA, A.A.; LOURENÇO, R.A. Quedas em idosos: prevalência e fatores associados. **Rev HUPE**. v.13, n.2, p.21-29, 2014. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/10128>. Acesso em: 15 fev. 2015.

DALLÉ, J.; LUCENA, A.F. Diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes hospitalizados durante sessões de hemodiálise. **Acta Paul Enferm**.v.25, n.4, p.504-510, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002012000400004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000400004). Acesso em: 15 out. 2014.

DINIZ, A.M.; TAVARES, D.M.S. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em idosos de um município do interior de minas gerais. **Texto Contexto Enferm**. v.22, n.4, p.885-892, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072013000400003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072013000400003&script=sci_arttext). Acesso em: 09 set. 2014.

DOENGES, M.E.; MOORHOUSE, M.F.; MURR, A.C. **Diagnósticos de Enfermagem**:

intervenções, prioridades e fundamentos. 10ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

DURAN, E.C.M.; TOLEDO, V.P. Análise da produção do conhecimento em processo de enfermagem: estudo exploratório-descritivo. **Rev Gaúcha Enferm.** v.32, n.2, p.234-240, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472011000200004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472011000200004&script=sci_arttext). Acesso em: 22 dez. 2014.

FONTES, W.D.; LEADEBAL, O.D.C.P.; FERREIRA, J.A. Competências para aplicação do Processo de Enfermagem: autoavaliação de discentes concluintes do curso de graduação. **Rev. Rene.** v. 11, n. 3, p. 86-94, 2010. Disponível em: [http://www.revistarene.ufc.br/vol11n3\\_pdf/a09v11n3.pdf](http://www.revistarene.ufc.br/vol11n3_pdf/a09v11n3.pdf). Acesso em: 15 set. 2014.

GALVÃO, M.C.B. **Uso de linguagens de especialidade na prática profissional.** Cap. 1. In: Classificação Internacional para Prática de Enfermagem (CIPE®): aplicação à realidade brasileira. 1ªEd. Porto Alegre: Artmed, 2015.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M.M.L. A terminologia CIPE® e a participação do Centro CIPE® brasileiro em seu desenvolvimento e disseminação. **Rev Bras Enferm.** v.66, p.142-150, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672013000700018&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672013000700018&script=sci_arttext). Acesso em: 28 dez. 2014.

GARCIA, T.R. **Classificação Internacional para Prática de Enfermagem (CIPE®):** aplicação à realidade brasileira. 1ªEd. Porto Alegre: Artmed, 2015.

GARCIA, T.R.; CUBAS, M.R; ALMEIDA, M.A. **Resultados de Enfermagem.** Cap. 8. In: Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de Enfermagem. Porto Alegre: Artmed, 2010.

GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Esc Anna Nery Rev. Enferm.** v.13, n. 1, p. 188-193, 2009. Disponível em: [http://www.eean.ufjf.br/revista\\_enf/20091/ARTIGO%2024.pdf](http://www.eean.ufjf.br/revista_enf/20091/ARTIGO%2024.pdf). Acesso em 24 de set. 2014.

GARCIA, TR; EGRY, EY. **Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de Enfermagem.** Porto Alegre: Artmed, 2010.

GONÇALVES, A.F.L. et al. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com fatores de risco cardiovasculares de uma unidade básica de saúde. **Rev. Colloquium Vitae.** v.5, n.2, p.92-100, 2013. Disponível em: <http://revistas.unoeste.br/revistas/ojs/index.php/cv/article/view/970>. Acesso em 11 nov. 2014.

GONZALEZ, M.M. et al. I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia: Resumo Executivo. **Arq Bras Cardiol.** v.100, n.2, p.105-113, 2013. Disponível em: <http://www.arquivosonline.com.br/2013/10002/pdf/10002001.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2015.

GUYTON, A.C.; HALL, J.E. **Tratado de Fisiologia Médica.** 12ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2012.

HORTA, W.A. **Processo de enfermagem.** 2ªEd. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

IBGE - MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS**, 2007. [acesso em: 2012 set. 16]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>. Acesso em: 22 de agos de 2013.

IBGE - MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Infográficos 2014**. [acesso em: 2015 abr. 19]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=270430> .Acesso em: 19 abr de 2015.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES-ICN. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE® versão 1.0**. São Paulo: Algor, 2007.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES-ICN. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE® versão 2.0**. São Paulo: Algor, 2011.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES-ICN. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE® versão 2013**. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/browsercipe/browsercipe.aspx>. Acesso em 09 set. 2014.

LAGOEIRO JORGE, A.J.; MESQUITA, E.T. Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Normal: estado da arte. **Rev. SOCERJ**. v.21, n.6, p.409-417, 2008. Disponível em: [http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2008\\_06/a2008\\_v21\\_n06\\_a08lagoeiro.pdf](http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2008_06/a2008_v21_n06_a08lagoeiro.pdf). Acesso em: 15 fev. 2015.

LEADEBAL, O.D.C.P.; FONTES, W.D.; SILVA, C.C. Ensino do processo de enfermagem: planejamento e inserção em matrizes curriculares. **Rev. Esc. Enfermagem da USP**. v. 44, n.1, p.190-198, 2010. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/40526>. Acesso em: 03 nov.2014.

LEDUR, P. et al. Preditores de infecção no pós-operatório de cirurgia de revascularização miocárdica. **Rev Bras Cir Cardiovasc**. v.26, n.2, p.190-196, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-76382011000200008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-76382011000200008&script=sci_arttext). Acesso em: 22 dez. 2014.

LEOPARDI, M.T. **Teorias de enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis: Papa-livros, 1999.

LIMA, C.L.H.; NÓBREGA, M.M.L. Banco de termos da linguagem especial de enfermagem da clínica médica. **Rev. Eletr. Enf.** v.11, n.1, p.12-22, 2009. Disponível em: [http://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v11/n1/pdf/v11n1a02.pdf](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n1/pdf/v11n1a02.pdf). Acesso em: 15 nov. 2014.

LIMA, C.L.H.; NÓBREGA, M.M.L. Nomenclatura de intervenções de enfermagem para clínica médica de um hospital escola. **Rev. Bras. Enferm.** v. 62, n.4, p. 570-578, 2009. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019598013> Acesso em: 22 ago. 2013.

LIMA, F.E.T. et al. Fatores de risco da doença coronariana em pacientes que realizaram revascularização miocárdica. **Rev Rene**. v.13, n.4, p.853-860, 2012. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1080>. Acesso em: 10 out. 2014.

LINHARES, J.C.C. **Aplicabilidade da classificação dos resultados de enfermagem em pacientes com insuficiência cardíaca descompensada com diagnóstico de enfermagem volume de líquidos excessivo.** 2012. 101f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

LINS, S.M.S.B. et al. Subconjuntos de conceitos diagnósticos da CIPE® para portadores de doença renal crônica. **Rev. Bras. Enferm.** v. 66, n. 2, p. 180-189, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672013000200005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000200005). Acesso em: 22 ago. 2013.

LOPES, C.T. et al. Diagnósticos de Enfermagem validados em Cardiologia no Brasil: revisão integrativa de literatura. **Rev. Acta Paul. Enferm.** v. 1, n.25, p. 155-160, 2012. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/3070/307026828024.pdf>. Acesso em 12 mar.2014.

LUNARDI, V.L. et al. Processo de trabalho em enfermagem/ saúde no Sistema Único de Saúde. **Rev. Enfermagem em Foco.** v.2, n. 1, p. 73-76, 2010. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is\\_digital/is\\_0303/pdfs/IS23\(3\)066.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0303/pdfs/IS23(3)066.pdf). Acesso em: 13 ago. 2013.

MAGALHÃES, M.G.P.A. et al. Mediastinite pós-cirúrgica em um Hospital Cardiológico de Recife: contribuições para a assistência de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP.** v.46, n.4, p.865-71,2012. Disponível em: [www.ee.usp.br/reeusp/](http://www.ee.usp.br/reeusp/). Acesso em: 15 fev. 2015.

MARCONI, M.A; LAKATOS, E.M. **Metodologia do Trabalho Científico.** 8ª Ed. São Paulo: Atlas, 2013.

MARQUES, D.K.A.; MOREIRA, G.A.C.; NÓBREGA, M.M.L. Análise da teoria das necessidades humanas básicas de Horta. **Rev Enferm UFPE.** V.2, n.4, p.410-416,2008. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/336>. Acesso em: 05 dez. 2014.

MARTINS, M.C. C.et al. Pressão Arterial, Excesso de Peso e Nível de Atividade Física em Estudantes de Universidade Pública. **Arq Bras Cardiologia.** v.95, n.2, p.192-199, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/2010nahead/aop06810>. Acesso em: 11 nov. 2014.

MASLOW, A. H. **Motivation and Personality.** 2º Ed. New York: Harper & Row 2º Ed. New York: Harper & Row Publishers, 1970.

MATNEY, S.A. et al. Development of the nursing problem list subset of SNOMED CT. **Journal of biomedical informatics.** v. 45, p. 683-88, 2012. Disponível em: [http://www.j-biomed-inform.com/article/S1532-0464\(11\)00217-6/pdf](http://www.j-biomed-inform.com/article/S1532-0464(11)00217-6/pdf). Acesso em: 12 dez. 2104.

MATTEI, F.D. et al. Uma visão da produção científica internacional sobre a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm.** v.32, n.4, p.523-531, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472011000400025](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000400025). Acesso em: 12 dez.2014.

MAZONI, S.R. et al. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e a

contribuição brasileira. **Rev Bras Enferm.** v.63, n.2, p.285-289, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672010000200018&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672010000200018&script=sci_arttext). Acesso em: 22 dez. 2014.

MEDEIROS, L.M. **Modelo preditivo para diagnóstico da Sepse em unidades de terapia intensiva.** 2010. 85 f. Dissertação (Mestrado em Modelos de Decisão e Saúde) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2012.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Hucitec, 2010.

MURASSAKI, A.C.Y. et al. Avaliação de cuidados na terapia intravenosa: desafio para a qualidade na enfermagem. **Esc Anna Nery.** v.17, n.1, p.11-16, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452013000100002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452013000100002&script=sci_arttext). Acesso em 05 nov. 2014.

NASCENTE, F.M.N. et al. Hipertensão Arterial e sua Correlação com alguns Fatores de Risco em Cidade Brasileira de Pequeno Porte. **ArqBrasCardiol.** v.95, n.4, p.502-509, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2010001400013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010001400013). Acesso em: 28 dez. 2014.

NÓBREGA, M.M.L.; GARCIA, T.R. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: instrumental tecnológico para a prática profissional. **Rev Bras Enferm.** v.62, n.5, p.758-61, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/19.pdf>. Acesso em: 09 set. 2014.

NÓBREGA, M.M.L. et al. **Estrutura da CIPE, da NANDA, da NIC e da NOC.** Cap. 11. In: Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de Enfermagem. Porto Alegre: Artmed, 2010.

NÓBREGA, M.M.L.; SILVA, K. L. **Fundamentos do cuidar em Enfermagem.** 2ªEd. Belo Horizonte: ABEn, 2009.

NÓBREGA, MML; SILVA, KL. **Fundamentos do cuidar em enfermagem.** 2ªEd. Minas Gerais: ABEn, 2008.

NÓBREGA, R.V.; NÓBREGA, M.M.L.; SILVA, K.L. Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para crianças na clínica pediátrica de um hospital escola. **Rev Bras Enferm.** Brasília. v.64, n.3, p.501-510, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672011000300014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000300014). Acesso em: 12 dez 2014.

NOGUEIRA, L.G.F. **Subconjunto Terminológico da CIPE para pessoas com Diabetes Mellitus na Atenção Especializada.** 2014. 197 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2014.

NÚCLEO DE PROCESSAMENTO DE DADOS – NPD. **Hospital do Coração de Alagoas.** 2014.

NUNCIARONI, A.T. et al. Caracterização dos diagnósticos de enfermagem de pacientes internados em uma unidade de cardiologia. **Rev Gaúcha Enferm.** v.33, n.1, p. 32-41, 2012.

Organização Mundial da Saúde. **Obesity, Preventing and Managing the Global Epidemic: Report of the WHO Consultation on Obesity**. World Health Organization: Geneva, 1998. Disponível em [http://www.who.int/nutrition/publications/obesity\\_executive\\_summary.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/obesity_executive_summary.pdf). Acesso em: 22 dez. 2014.

OLIVEIRA, A. B. F. et al. Fatores associados à maior mortalidade e tempo de internação prolongado em uma unidade de terapia intensiva de adultos. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, v.22 n.3, p.250-256, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v22n3/06.pdf>>. Acesso em: 26 mai. 2014.

OLIVEIRA, E.B.; SOUZA, N.V.M. Estresse e inovação tecnológica em unidade de terapia intensiva de cardiologia: tecnologia dura. **Rev. Enferm. UERJ**. v.20, n.4, p.457-462, 2012. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v20n4/v20n4a08.pdf>. Acesso em: 20 nov.2014.

PAGANIN, A. et al. Implantação do diagnóstico de enfermagem em unidade de terapia intensiva: uma análise periódica. **Rev Gaúcha Enferm**. v.31, n.2, p.307-313, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472010000200015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000200015). Acesso em: 22 dez. 2014.

PARCIANELLO, M.K.; FONSECA, G.G.P.; ZAMBERLAN, C. Necessidades vivenciadas pelos pacientes pós-cirurgia cardíaca: percepções da enfermagem. **Rev. Enferm. Cent. O. Min**. v.3, n.1, p.305-312, 2011. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewArticle/89>. Acesso em: 03 nov. 2014.

PEREIRA, M.G. **Morbidade**. Cap.5 In: Epidemiologia Teoria a Prática. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 7ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POTTER, P.; PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem**. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

RABELO, G.B. et al. Manejo não-farmacológico de pacientes hospitalizados com insuficiência cardíaca em hospital universitário. **Arquivos Bras. de Cardiologia**. v. 87, n. 3, p. 317-323, 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/abc/v87n3/en\\_a19v87n3.pdf](http://www.scielo.br/pdf/abc/v87n3/en_a19v87n3.pdf). Acesso em: 05 dez. 2104.

RAMALHO NETO, J.M. **Construção e validação de instrumento para coleta de dados de enfermagem em adultos de uma Unidade de Tratamento Intensivo**. 2010. 133 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2010.

REGIS, L.F.L.V.; PORTO, I.S. A equipe de enfermagem e Maslow: (in)satisfações no trabalho. **Rev. Bras. Enferm**.v.59, n.4, p.565-568, 2006. Disponível em:[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672006000400018&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672006000400018&script=sci_arttext). Acesso em: 10 out. 2014.

RODRIGUES, A.A.; PEREIRA, N.S.S. Práticas integrativas e complementares em saúde: buscando eficácia no cuidado de enfermagem. **Rev. Enferm UNISA**. v.12, n. 2, p. 125-127,

2011. Disponível em: <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2011-2-08.pdf>. Acesso em: 26 dez. 2014.

SALGADO, P.O. **Identificação e mapeamento dos diagnósticos e ações de enfermagem de pacientes internados em uma UTI adulto**. 2010. 129 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

SAMPAIO, F.M.C.; RIBEIRO, A. M. M.; SANTOS, A.C.B. **A ansiedade e os sistemas de informação em enfermagem: elaboração de um catálogo CIPE®**. In: 3º Congresso da Sociedade Portuguesa de Saúde Mental, Porto/Portugal, 2012. Disponível em: <http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/6148/1/E-book%20Cat%c3%a1logo%20CIPE.pdf>. Acesso em: 15 out. 2014.

SANTANA, L.L. et al. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em unidade de pronto atendimento à luz das necessidades humanas básicas. **Cogitare Enferm.** v.16, n.4, p.675-681, 2011. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/25436>. Acesso em: 22 dez. 2014.

SANTOS, A.A.P. et al. Papel do enfermeiro na promoção do envelhecimento saudável. **Rev. Espaço para à Saúde.** v.15, n.2, p.21-28, 2014. Disponível em: [http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/view/11761/pdf\\_27](http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/view/11761/pdf_27). Acesso em: 15 set. 2014.

SANTOS, E.R. et al. Validação do conceito risco de débito cardíaco diminuído. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v.21,8 telas, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-1692013000700013&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-1692013000700013&script=sci_arttext&tlng=pt). Acesso em: 15 out. 2014.

SANTOS, J.S.; LIMA, L.M.; MELO, I.A. Sistematização da Assistência de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: revisão bibliográfica. **Rev. Ciênc. Biol. da Saúde.** v.2, n.2, p.59-68, 2014. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernobiologicas/article/view/1657/1012>. Acesso em: 15 nov. 2014.

SCHAURICH, D.; CROSSETTI, M.G.O. Produção do conhecimento sobre teorias de enfermagem: análise de periódicos da área. **Esc Anna Nery Rev. Enferm.** v.14, n.1, p.182-188, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n1/v14n1a27.pdf>. Acesso em 12 mar.2014.

SHIH, F. J. et al. Comparison of the psychospiritual needs of chinese heart transplant recipients at pre and postoperative stages. **Transplantation Proceedings.** v.40, n. 8, p. 2597-2599, 2008. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18929811>. Acesso em: 12 dez. 2014.

SILVA, F.C. et al. Estrés del paciente en UCI: visión de los pacientes y del equipo de enfermeira. **Enfermería Global.** n.32, p. 104-118, 2013. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/pt\\_docencia1.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/pt_docencia1.pdf). Acesso em: 26 dez. 2104.

SILVA, K.L. et al. **Interação: instrumentos básicos do processo de cuidar em enfermagem.** In: Fundamentos do Cuidar em Enfermagem. Cap. 8. 2ª Ed. Belo Horizonte: ABEn, 2009.

SILVA, V.S. et al. Utilização do processo de enfermagem e as dificuldades encontradas por enfermeiros. **Cogitare Enferm.** v.18, n.2, p.351-357, 2013. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/32585>. Acesso em: 20 set. 2014.

SILVA, F. A. S.; AZEVEDO, C. A. V. **Principal Components Analysis in the Software Assisat-Statistical Attendance.** In: World Congress on Computers in Agriculture, 7, Reno-NV-USA: American Society of Agricultural and Biological Engineers, 2009.

SILVEIRA, C. D. S. Perfil de sobrepeso e obesidade em trabalhadores de enfermagem em unidades de cuidado intensivo e emergência. **Rev Ciência & Saúde.** v. 6, n. 3, p. 157-162, 2013. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/14550/10727>. Acesso em 05 mar. 2015.

SLOPEN, N. GLYNN, R.J.; BURING, J.E.; TENE´ T. ET AL. . Job Insecurity, and Incident Cardiovascular Disease in the Women’s Health Study: Results from a 10-Year Prospective Study. jul/dez 2013 5(2): 92-100. **PLoS One.** v.7, n.7, p.405-12, 2012. Disponível em: [http://cientifico.cardiol.br/cardiosource2/cardiologia/int\\_artigo80.asp?cod=530](http://cientifico.cardiol.br/cardiosource2/cardiologia/int_artigo80.asp?cod=530). Acesso em 02 mar. 2015.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica.** 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

SOUZA, M.F.G.; SANTOS, A.D.B.; MONTEIRO, A.I. O processo de enfermagem na concepção de profissionais de Enfermagem de um hospital de ensino. **Rev. Bras Enferm.** v.66, n.2, p.167-173, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/03.pdf>. Acesso em: 15 set.2014.

SZEKELY, A. et al. Impact of hyperglycemia on perioperative mortality after coronary artery by-pass graft surgery. **The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery.** v.142, n. 2, p.430-437, 2011. Disponível em: [http://www.jtcvsonline.org/article/S0022-5223\(11\)00287-X/abstract](http://www.jtcvsonline.org/article/S0022-5223(11)00287-X/abstract). Acesso em: 05 dez. 2014.

TANNURE, M.C.; PINHEIRO, A.M. **Sistematização da Assistência de Enfermagem.** 2ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

TARDIVO, T.B.; FARHAT NETO, J.; FARHAT JÚNIOR, J. Infecções sanguíneas relacionadas a cateteres venosos. **Rev. soc. bras. clínica médica.** v.6, n.6, p.224-227, 2008. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2008/v6n6/a224-227.pdf>. Acesso em: 10 out. 2014.

TOMASI, E. et al. **Utilização de serviços de saúde no Brasil: associação com indicadores de excesso de peso e gordura abdominal.** **Rev. Cad. Saúde Pública.**v.30, n.7, p.1515-24, jul. 2014.

TRIOLA, M. F. **Introdução à Estatística.** 10ª Ed. Rio de Janeiro: Edi-tora LTC, 2008.

TRUPPEL, T.C. et al. Prática assistencial de enfermagem em unidade de terapia intensiva sustentada no referencial teórico de Horta. **Rev. Rene Fortaleza.** v.9, n.3, p. 116-124, 2008.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/07.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2013.

TRUPPEL, T.C. et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. bras. enferm.** v.62, n.2, 2009. Disponível em: <http://www.gestoesaude.unb.br/index.php/gestoesaude/article/view/169/>. Acesso em: 15 nov.2014.

TURI, B.C. et al. Associação entre doenças crônicas em adultos e redução dos níveis de atividade física. **Rev. Medicina (Ribeirão Preto)**. v.44, n. 4, p. 389-395, 2011. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/47450/51178>. Acesso em: 12 dez. 2014.

VEIGA, E.P.; GOMES, L.; MELO, G.F. Fatores estressores em Unidade de Terapia Intensiva: percepção de pacientes idosos e adultos no pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Rev. Kairós Gerontologia**. v.16, n.3, p. 65-77, 2013. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/18524>. Acesso em: 11 nov. 2014.

## **APÊNDICE E ANEXOS**

**APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS Nº 2**

<b>Dados de Identificação</b>
<b>Dados Subjetivos (Entrevista de anamnese)</b>
<b>Dados Objetivos (Observação e Exame Físico)</b>
<b>Dados complementares</b>

## ANEXO A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS N° 1

<b>1. IDENTIFICAÇÃO</b>			
Naturalidade:	Religião:	Escolaridade:	Idade:
Sexo:	Cor:	Estado Civil:	Profissão:
Data da Internação Hospitalar: ____/____/____			
<b>2. HISTÓRIA PREGRESSA</b>			
1- Alergia ( )S ( )N Qual _____			
2- ( )Alcoolismo ( )Tabagismo ( )Ex-tabagista: ____ cig/dia há ____ anos ( )Drogadição ( ) outros.			
3- Internações prévias ( )S ( )N Motivo _____			
4- Cirurgias prévias ( )S ( )N Qual _____			
5- Medicações em uso: _____			
6- Sono: ( ) insônia ( ) sono agitado Sono tranquilo ( )			
7- Exercícios: ( ) S ( ) N Qual _____			
<b>3. HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL</b>			
Motivo da internação _____			
Doença concomitante ( ) S ( ) N Qual _____			
<b>4. AVALIAÇÃO GERAL</b>			
Sinais vitais: Tax _____ FC _____ bpm PA _____ mmHg FR _____ rpm HGT _____ mg/dL			
SPO2 _____ DOR _____ Local _____ Peso _____ Kg Altura: _____ cm			
IMC _____ CABdominal _____ cm			
Exames Laboratoriais Alterados: _____			
<b>5. NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS</b>			
<b>Regulação Neurológica:</b>			
<b>Nível de consciência:</b>			
( ) acordado ( ) lúcido ( ) comatoso ( ) torporoso ( ) confuso ( ) desorientado			
<b>Pupilas:</b>			
( ) isocóricas ( ) anisocóricas ( ) D > E ( ) E > D ( ) mióticas ( ) midriáticas			
Fotorreagentes: ( ) S ( ) N Diâmetro Pupilar _____ cm			
Campos visuais periféricos: Preservados ( ) Alterados ( ) Qual _____			
<b>Linguagem:</b>			
Alteração ( ) Não ( ) S Qual? _____			
<b>Mobilidade Física:</b> MMSS: ( ) Preservada ( ) Paresia ( ) Plegia ( ) Parestesia			
MMII: ( ) Preservada ( ) Paresia ( ) Plegia ( ) Parestesia			
Observações: _____			
<b>Oxigenação:</b>			
Respiração: ( ) Espontânea ( ) Suplemento de O <sub>2</sub> Qual dispositivo? _____ % ____ l/ml			
( ) Eupnéia ( ) Taquipnéia ( ) Bradipnéia ( ) Dispnéia			
AP: MVU presentes: ( ) D ( ) E Diminuídos ( ) D ( ) E			
RA: ( ) Roncos ( ) Sibilos ( ) Creptações ( ) Estridor ( ) Atrito Pleural ( ) Estertores			
Tosse: N ( ) S ( ) ( ) Produtiva ( ) Improdutiva			
Expectoração: ( ) N ( ) S Quantidade e Aspecto: _____			
Dreno de tórax: ( ) N ( ) S ( ) Selo d'água ( ) Aspiração Contínua ( ) D ( ) E Data: ____/____/____			
Aspecto da drenagem _____			
Gasometria:			
PH _____ PCO <sub>2</sub> _____ PO <sub>2</sub> _____ HCO <sub>3</sub> _____ EB _____ SpO <sub>2</sub> _____ Data ____/____/____			
Hora: _____			
<b>Percepção dos órgãos dos sentidos:</b>			
Alteração: ( ) N ( ) S ( ) Qual: Audição ( ) Visão ( ) Paladar ( ) Olfato ( ) Tato ( ) Descrever as alterações encontradas _____			
_____			

<b>Regulação cardiovascular</b>			
Pulso: ( ) Regular ( ) Irregular ( ) Impalpável ( ) Filiforme ( ) Cheio ( ) Dicrotíco			
Pele: ( ) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) hiperacorada ( ) Cianose ( ) Aquecida ( ) Fria			
Tempo de enchimento capilar: _____			
Drogas Vasoativas: ( ) S ( ) N Qual _____			
Cateter Vascular: Tipo/Local _____ Data ____/____/____ Aspecto da Inserção _____			
Tipo/Local _____ Data ____/____/____ Aspecto da Inserção _____			
Ausculta cardíaca: ( ) Rítmica ( ) Arritmica ( ) Sopros ( ) Atrito Bulha: _____ Fonese: _____			
Precordialgia: ( ) Sim ( ) Não Marcapasso: ( ) Não ( ) Sim ( ) Definitivo			
Edema ( ) Não : ( ) Sim ( ) MMSS _____ ( ) MMII _____ ( ) Anasarca _____			
Observações: _____			
<b>Alimentação e eliminação intestinal</b>			
Via administrativa ( ) VO ( ) SNG ( ) SOG ( ) SNE ( ) SOE ( ) NPT ( ) Gastrostomia ( ) jejunostomia			
Aceitação: ( ) S ( ) N ( ) NPO ( ) Vômito ( ) outros: _____			
Abdômen: ( ) Normotenso ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros: _____			
RHA: ( ) Normais ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados ( ) Outros: _____			
Drenos: tipo: _____ local: _____			
Incisão cirúrgica: _____			
Eliminação intestinal: ( ) Normal ( ) Obstipado há ____ dias ( ) Líquido ( ) ostomia ( ) outros: _____			
Observação: _____			
<b>Hidratação e eliminação urinária</b>			
Condições das mucosas: ( ) Úmidas ( ) Secas. Turgor da pele: ( ) Preservada ( ) Diminuída			
Manifestações de sede: ( ) S ( ) N			
Eliminação urinária: ( ) Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) SVD Outros: _____			
Volume: _____ ml de _____ horas. Aspecto: _____			
Tratamento dialítico: ( ) S ( ) N Tipo: _____			
<b>Integridade da pele</b>			
Pele: ( ) Íntegra ( ) Icterícia ( ) Pruridos ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Outros: _____			
Úlcera de pressão: ( ) S ( ) N Estágio: _____ Local: _____ Braden: _____			
Descrição: _____			
<b>Segurança física</b>			
( ) Tranquilo ( ) Agitado ( ) Agressivo			
Observações: _____			
<b>Sono e repouso</b>			
Observações: _____			
<b>Cuidado corporal</b>			
( ) Independente ( ) Dependente ( ) Parcialmente dependente			
Observações: _____			
<b>Sexualidade</b>			
Observações: _____			
<b>6. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>			
<b>Comunicação</b>			
( ) preservada – idioma _____ ( ) Tipo _____ ( ) prejudicada _____			
<b>Gregária e segurança emocional</b>			
( ) vive com a família ( ) Outros _____ ( ) Ansiedade ( ) Medo _____			
Observação: _____			
<b>7. NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>			
<b>Religião</b>			
Tipo: _____ ( ) Praticante ( ) Não praticante			
<b>Religiosidade e/ou espiritualidade</b>			
Gostaria de apoio religioso e/ou espiritual: ( ) Sim. Qual: _____ ( ) Não			
Observação: _____			
<b>Enfermeiro:</b>		<b>COREN:</b>	<b>Data:</b>
			<b>Hora:</b>

## ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALAGOAS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** DIAGNÓSTICOS, INTERVENÇÕES E RESULTADOS DE ENFERMAGEM FREQUENTES EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA CARDIOLÓGICA: contribuição para o processo de enfermagem.

**Pesquisador:** Regina Maria dos Santos

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 20238614.5.0000.5013

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Alagoas

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 663.403

**Data da Relatoria:** 03/06/2014

#### Apresentação do Projeto:

O presente estudo tem como objetivo levantar os diagnósticos, intervenções e resultados de Enfermagem mais frequentes em indivíduos internados em UTI cardiológica, utilizando como referencial a CIPE e a Teoria das Necessidades Humanas Básicas por meio de uma pesquisa de campo do tipo exploratória, transversal e descritiva, com abordagem quantitativa. A coleta de dados dar-se-á por meio da anamnese e exame físico com o

auxílio de instrumento de coleta de dados validado que contempla informações sobre as necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais dos pacientes. Os fenômenos serão descritos nos termos constantes na CIPE para estabelecimento dos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem. Os dados coletados serão organizados e analisados com recursos estatísticos e apresentados com auxílio de tabelas e gráficos. Espera-se que os resultados, discutidos com o apoio da literatura, contribuam para a implantação/implementação do Processo de Enfermagem, proporcionando visibilidade às práticas de enfermagem e otimizando o caminho para construir e efetivar o cuidar pela enfermagem

#### Objetivo da Pesquisa:

Levantar os diagnósticos, intervenções e resultados de Enfermagem mais frequentes em indivíduos

Endereço: Campus A . C Simões Cidade Universitária  
Bairro: Tabuleiro dos Martins CEP: 57.072-900  
UF: AL Município: MACEIO  
Telefone: (82)3214-1041 Fax: (82)3214-1700 E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 663.403

internados em UTI cardiológica.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O paciente poderá sentir-se desconfortável ou constrangido em compartilhar informações pessoais ou confidenciais e se expor, uma vez que para realização da anamnese e exame físico será utilizado um instrumento de coleta de dados, bem como será efetuada avaliação dos sistemas do paciente. Como benefícios para os sujeitos da pesquisa, temos a avaliação do ser como um todo indivisível, a assistência prestada pela equipe de enfermagem subsidiada por ações planejadas, sistematizadas, individualizadas e com definições de metas a serem alcançadas e avaliação dos resultados envolvendo escolhas norteadas por princípios e normas escritas para o seu reestabelecimento.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de resposta a pendências ao CEP em submissão anterior. Lista de pendências e respostas: Solicita-se que seja inserido documento com resposta à pendência na Plataforma Brasil. Foi inserido QUESTÃO - solicita-se esclarecimento sobre o objetivo da pesquisa e sua relação com o método proposto. RESPOSTA

Levantar os diagnósticos, intervenções e resultados de Enfermagem mais frequentes em indivíduos internados em UTI cardiológica.

Analisar as correlações existentes entre os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem mais frequentes e efetivação do Processo de Enfermagem (PE) na UTI em estudo.

O PE será analisado conforme modelo adaptado de Wanda Horta e os diagnósticos de Enfermagem serão estabelecidos com base na Teoria das Necessidades Humanas Básicas desta mesma autora

QUESTÃO o instrumento apontado, conforme a bibliografia indicada (Bordinhão e Almeida, 2012), não está validado. O protocolo aponta que o mesmo está. Sendo assim, há dissonância entre as informações, RESPOSTA - Não consta mais do protocolo que o instrumento está validado

-QUESTÃO o protocolo aponta que duas enfermeiras participarão da coleta de dados. Sendo assim, as mesmas devem ser inseridas como membros da pesquisa, RESPOSTA O nome das 2 enfermeiras foram incluídas como membros da pesquisa

- QUESTÃO o instrumento de coleta de dados deixou uma série de dúvidas sobre o que se entende por: linguagem, percepção, segurança física, sono e repouso, sexualidade, comunicação, gregária e segurança emocional. RESPOSTA É dada uma explicação baseada na autora Wanda Horta sobre o significado de cada uma dessas variáveis

Endereço: Campus A . C Simões Cidade Universitária  
Bairro: Tabuleiro dos Martins CEP: 57.072-900  
UF: AL Município: MACEIO  
Telefone: (82)3214-1041 Fax: (82)3214-1700 E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 663.403

QUESTÃO Além disso, o termo psicoespiritual não está definido e, como exposto no instrumento, indica que o paciente deve ter uma religião. Pergunta-se sobre pessoas que se identificam como atéias, qual lugar estas teriam ao responder o instrumento. Além disso, supõe-se que todas as pessoas têm necessidades psicoespirituais, o que é depreendido pelas opções dadas no instrumento. RESPOSTA a mesma autora Wanda Horta é citada para justificar as questões do instrumento relativas a esse tópico -QUESTÃO - Na coleta de dados, refere-se que serão coletados dados sobre fenômenos não relatados na literatura. Solicita-se esclarecimento sobre este ponto. RESPOSTA - Considerando que se entende fenômeno de Enfermagem como "aspecto da saúde/doença que tem relevância para a Enfermagem" (CIPE, 2000) e neste caso o fenômeno de enfermagem é a necessidade humana.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Estão adequadamente formulados.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Protocolo atende as recomendações éticas da Resolução 466/12.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

MACEIO, 27 de Maio de 2014

---

**Assinado por:**  
**Deise Juliana Francisco**  
**(Coordenador)**

Endereço: Campus A . C Simões Cidade Universitária  
Bairro: Tabuleiro dos Martins CEP: 57.072-900  
UF: AL Município: MACEIO  
Telefone: (82)3214-1041 Fax: (82)3214-1700 E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com