

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ALLYNE NÓBREGA FORTES

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES COM ANGINA INSTÁVEL
INTERNADOS EM UM HOSPITAL ESPECIALIZADO

FORTALEZA

2007

ALLYNE NÓBREGA FORTES

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES COM ANGINA INSTÁVEL
INTERNADOS EM UM HOSPITAL ESPECIALIZADO

Dissertação submetida à Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Comunitária.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes

FORTALEZA

2007

F844d Fortes, Allyne Nóbrega

Diagnósticos de enfermagem em pacientes com angina instável internados em um hospital especializado / Allyne Nóbrega Fortes – Fortaleza, 2007.

97 f.: tab.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Fortaleza – 2007.

1. Diagnóstico de enfermagem 2. Angina instável I. Lopes, Marcos Venícios de Oliveira (Orient.) II. Título

CDD 610.73

ALLYNE NÓBREGA FORTES

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES COM ANGINA INSTÁVEL
INTERNADOS EM UM HOSPITAL ESPECIALIZADO

Dissertação submetida à Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: ___/___/_____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes (Orientador)
Universidade Federal do Ceará - UFC

Prof^a. Dr^a. Thelma Leite de Araujo (1^a examinadora)
Universidade Federal do Ceará - UFC

Prof^a. Dr^a. Lúcia de Fátima da Silva (2^a examinadora)
Universidade Estadual do Ceará – UECE

Prof^a. Dr^a. Thereza Maria Magalhães Moreira (Examinadora Suplente)
Universidade Estadual do Ceará - UECE

Este estudo contou com o apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

AGRADECIMENTOS

Ao meu Senhor e Salvador Cristo Jesus, por ser minha fonte de vida, meu refúgio, a força que me sustenta, Rei meu e Deus meu.

Aos meus queridos pais, por lutarem tanto pela minha felicidade. Que Deus os abençoe. Amo vocês.

Ao meu tão esperado e amado futuro esposo, Rodrigo, por seu ombro amigo, por suas palavras sempre sinceras, por seu jeito único de me incentivar. Você me inspira a te amar todos os dias.

À minha estimada tia Juvina, por acreditar que eu posso conseguir. Essa vitória também é sua.

À amiga Danielle Lopes, obrigada pelas preciosas contribuições na pesquisa e na vida.

Ao meu orientador Dr. Marcos Venícios, por compartilhar seus conhecimentos comigo, pela atenção, pela tranquilidade a mim transmitida. Grande mestre!

Aos membros da banca examinadora, Dr^a Thelma, Dr^a Lúcia de Fátima, Dr^a Thereza, pelas valiosas contribuições para o aperfeiçoamento deste trabalho.

À amiga Glaziane, por ter vivenciado comigo este momento da vida, por ter me acolhido com tanto carinho.

Aos membros do Grupo de Estudos sobre Diagnósticos, Intervenções e Resultados de Enfermagem, muito obrigada pelo incentivo e pela amizade. Essa conquista pertence a nós.

Aos pacientes com Angina instável, por terem, gentilmente, contribuído para meu aprimoramento. Vocês me ensinaram a enxergá-los de maneira diferente.

RESUMO

A identificação dos principais diagnósticos de enfermagem presentes nos pacientes com Angina Instável contribui para o conhecimento do perfil de respostas humanas destes pacientes, colaborando para o planejamento de intervenções mais adequadas, viabilizando a sistematização da assistência de enfermagem. O objetivo deste estudo foi analisar o perfil de diagnósticos de enfermagem apresentado por pessoas com Angina Instável internadas em um hospital especializado em doenças cardíacas. A população foi composta pelos clientes portadores do diagnóstico de Angina Instável, sob atendimento nesse hospital. Trata-se de estudo descritivo do tipo transversal, com abordagem de análise quantitativa. Foram avaliados 57 pacientes com Angina Instável, no período de janeiro a outubro de 2006. O instrumento de coleta foi um formulário preenchido durante entrevista e exame físico. Estes pacientes são predominantemente do sexo masculino, com média de idade de 61 anos, sem companheiro, originários do interior do estado do Ceará e procedentes da capital do estado. Têm renda familiar próxima a 650 reais, tendo estudado por volta de quatro anos, pertencentes à religião católica e a maioria está aposentada. O tempo de internamento desses pacientes até a coleta dos dados foi de, em média, cinco dias e estavam, em sua maioria, no primeiro episódio de Angina Instável. Verificamos que as principais características clínicas de base foram: Hipertensão Arterial, Fumo, Cateterismo cardíaco anterior e Menopausa. A média da Relação Cintura-Quadril desses indivíduos estava dentro do risco considerado alto, independente do sexo e da idade e a maior parte dos pacientes estava acima do peso ideal para a altura e a compleição corporal. Constatamos que esses pacientes apresentavam em média, cinco diagnósticos de enfermagem, doze características definidoras, quatro fatores relacionados, e sete fatores de risco. Examinamos que os diagnósticos de enfermagem mais freqüentes eram decorrentes do quadro anginoso ou favoreciam seu surgimento, sendo o diagnóstico de Risco de quedas o mais presente. Os fatores relacionados mais presentes eram relacionados aos diagnósticos de Dor aguda, Intolerância à atividade, Padrão de sono perturbado e Estilo de vida sedentário. Neste estudo tivemos a oportunidade de identificar aspectos do cuidado ao paciente anginoso possíveis de serem aprimorados, por meio da análise dos diagnósticos de enfermagem. Isso pode contribuir para conscientizar e incentivar a enfermagem na execução de mais estudos científicos não só com relação à Angina Instável, mas também alusivos a outras doenças isquêmicas miocárdicas, além de nortear a assistência de enfermagem à população.

UNITERMOS: Diagnóstico de Enfermagem, Angina instável, Avaliação em enfermagem.

ABSTRACT

The nursing diagnoses identification in Unstable Angina patients contributes to know these patients' human answers, collaborating to the best interventions, enabling the systematization of the nursing assistance. This study aimed to analyze the nursing diagnoses distribution presents in Unstable Angina patients of a cardiac diseases specialized hospital. The population was formed by the Unstable Angina clients, cared in this hospital. It was a cross-sectional study with a quantitative analysis. Fifty seven patients were evaluated, between months of January and October 2006. The data collection instrument was a form performed during interview and physical exam. The results show the masculine sex predominance, with age average 61 years, and the majority being a single life. The origin is of the countryside cities of Ceará and coming from Ceará's capital; and the majority has a low familiar income. The majority is retired, had studied for four years on an average, catholic. The hospital stay of these patients, until the data collection, was five days, on an average, and they had been, in majority, in the first Unstable Angina episode. The main clinical characteristics were: High Blood Pressure, Tobacco, Previous Cardiac Catheterism and Menopause. The Waist-hip Ratio of these patients was high, independent of sex and age and the majority was above of the ideal weight for their height and corporeal constitution. On an average, five nursing diagnoses, twelve defining characteristics, four related factors, and seven risk factors were identified for each patient. The more frequent nursing diagnoses were consequence of Unstable Angina or favored its appearance, and the most present of these was Risk for falls. The more present related factors were related to diagnoses of Acute pain, Intolerance for activity, Sleep pattern disturbance, and Sedentary Lifestyle. This study could identify aspects of Unstable Angina patient care which have refinement possibility, trough the nursing diagnoses analysis. This research can contribute to become aware about this kind of investigation importance and to encourage the nursing professionals to develop more scientific studies not only about Unstable Angina, but also about the others ischemic heart diseases, to guide the nursing assistance to this population.

KEY WORDS: Nursing diagnosis, Unstable angina, Nursing Evaluation.

LISTA DE TABELAS

- TABELA 1 – Distribuição dos pacientes com Angina Instável segundo características sócio-demográficas. Fortaleza,2007 pág. 28
- TABELA 2 – Distribuição dos participantes segundo as características clínicas de base. Fortaleza, 2007..... pág. 30
- TABELA 3 – Distribuição dos pacientes com Angina Instável segundo dados antropométricos. Fortaleza, 2007..... pág. 31
- TABELA 4 – Distribuição dos medicamentos utilizados por pacientes com Angina Instável. Fortaleza, 2007..... pág. 32
- TABELA 5 – Estatísticas descritivas dos diagnósticos de enfermagem, características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco identificados em pacientes com Angina Instável. Fortaleza, 2007..... pág. 33
- TABELA 6 – Diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes com Angina Instável. Fortaleza, 2007..... pág. 34
- TABELA 7 – Características definidoras identificadas em pacientes com Angina Instável. Fortaleza, 2007..... pág. 36
- TABELA 8 – Fatores relacionados identificados em pacientes com Angina Instável. Fortaleza, 2007 pág. 40
- TABELA 9 – Fatores de risco identificados em pacientes com Angina Instável. Fortaleza, 2007..... pág. 42
- TABELA 10 – Distribuição dos pacientes com Angina Instável de acordo com os dados sócio-demográficos e a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Risco de quedas. Fortaleza, 2007..... pág. 43
- TABELA 11 – Distribuição dos pacientes com Angina Instável de acordo com os dados sócio-demográficos e a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Dor aguda. Fortaleza, 2007. pág. 45
- TABELA 12 – Distribuição dos pacientes com Angina Instável de acordo com os dados sócio-demográficos e a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Padrão de sono perturbado. Fortaleza, 2007..... pág. 46
- TABELA 13 – Distribuição dos pacientes com Angina Instável de acordo com os dados sócio-demográficos e a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Intolerância à atividade. Fortaleza, 2007..... pág. 47
- TABELA 14 – Distribuição dos pacientes com Angina Instável de acordo com os dados sócio-demográficos e a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário. Fortaleza, 2007..... pág. 48

TABELA 15 – Distribuição dos pacientes com Angina Instável de acordo com os dados sócio-demográficos e a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Controle ineficaz do regime terapêutico. Fortaleza, 2007..... pág. 49

Tabela 16 – Distribuição dos pacientes com Angina Instável de acordo com os dados sócio-demográficos e a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Constipação. Fortaleza, 2007..... pág. 50

TABELA 17 – Estatísticas de associação entre os diagnósticos de enfermagem encontrados em pacientes com Angina Instável. Fortaleza, 2007..... pág. 52

Tabela 18 –Estatísticas de associação entre os diagnósticos de enfermagem e os fatores relacionados e de risco encontrados em pacientes com Angina Instável. Fortaleza, 2007..... pág. 53

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS.....	8
1 INTRODUÇÃO.....	11
2 OBJETIVOS	18
2.1 Geral	18
2.2 Específicos.....	18
3 MATERIAL E MÉTODOS.....	19
3.1 Natureza do estudo	19
3.2 Local do estudo	19
3.3 População e amostra	20
3.4 Coleta de dados	22
3.5 Organização e análise dos dados	24
3.6 Aspectos éticos	25
4 RESULTADOS.....	27
5 DISCUSSÃO.....	57
6 CONCLUSÕES.....	68
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	72
APÊNDICES.....	77
ANEXO.....	96

INTRODUÇÃO

A angina instável (AI) é uma das denominações que corresponde clinicamente à isquemia miocárdica, tendo, esta última, sido responsável por 5.055 internações no Estado do Ceará durante o ano de 2006, com um ônus para o sistema público financeiro de 2.476,04 reais, referente a cada período de internação. A média dos dias de internação para cada paciente tem sido de 6 dias e foi quantificado um total de 183 óbitos no ano de 2006 por conta dessa enfermidade. A prevalência estimada dos casos de isquemia miocárdica é de 3,8%, considerando-se a incidência anual de, pelo menos, 150.000 novos casos (BRASIL, 2007).

A angina instável, também conhecida como angina pré-infarto, tem importância clínica por sua natureza inesperada e incapacitante e pela possibilidade de desenvolvimento de infarto agudo do miocárdio, resultando em morte celular irreversível (BRAUNWALD, 2003). Em geral, é comumente causada por doença aterosclerótica, estando associada à obstrução coronariana importante. Isso proporciona um risco maior de distúrbio mecânico no coração, prejudicando o bombeamento de sangue para os demais órgãos do corpo. Acontece em decorrência da diminuição do fluxo coronariano provocado por uma constrição das artérias coronárias. Segue-se, portanto, um fornecimento insuficiente de oxigênio ao organismo em razão da demanda aumentada por parte do miocárdio que se encontra parcialmente isquemizado (ROBBINS, COTRAN, KUMAR, 2001).

Tipicamente, a angina instável dura alguns minutos; o normal é ser precipitada por exercício físico ou estresse emocional, com freqüente melhora ou alívio ao repouso (SBC, 2004). Seu tratamento tem propósitos principais: a) evitar o infarto agudo do miocárdio e a morte e, portanto, prolongar a vida; e b) reduzir a ocorrência dos episódios de isquemia e os sintomas anginosos, o que melhora a qualidade de vida. Este tratamento consiste basicamente em: 1) tratamento anti-isquêmico para aliviar os sintomas e melhorar a qualidade de vida; 2) tratamento para evitar o infarto agudo do miocárdio e a morte; e 3) medidas para modificar ou reduzir os fatores de risco.

Notamos em nossa prática que estes pacientes acometidos pelo quadro anginoso apresentam, geral e inicialmente, sintomas como dor torácica, mal-estar

generalizado e sinais de ansiedade ou medo, além da diaforese intensa e dispnéia.

Essas características percebidas são ratificadas pela literatura, que define a angina como uma síndrome clínica caracterizada da dor ou desconforto em regiões como tórax, epigástrio, mandíbula, ombro, dorso ou membros superiores; que pode ter por sintomas associados sudorese, náusea, vômito, palidez, dispnéia, hemoptise, tosse, pré-síncope e síncope. É tipicamente impulsionada ou agravada por atividade física ou estresse emocional e atenuada com uso de nitroglicerina e derivados (SBC, 2004).

A dor aguda, resposta típica mais característica do evento anginoso, é descrita como: "sufocamento", "queimação", "opressão", "peso", entre outros. Não é raro referirem apenas o sintoma de "desconforto" e não "dor" precordial (SBC, 2004). Este tipo de alusão que o paciente faz à dor precordial normalmente provoca nele o medo do desconhecido, angústia e dúvidas sobre o futuro.

Em nossa experiência como estagiária de um hospital especializado em doenças cardíacas, a presença de pacientes acometidos por angina instável nos inquietou ao percebermos que, além dos índices elevados de internação, os pacientes apresentavam respostas humanas que conduziam ao sofrimento físico e psíquico. Ademais, eram comuns as freqüentes reinternações, as maneiras diversas como essa enfermidade se manifestava e, principalmente, a dificuldade que a equipe de enfermagem aparentava em organizar, uniformizar e dar a continuidade devida aos cuidados de enfermagem.

Identificamos o fato de que esses pacientes, muitas vezes, apresentavam doenças de base, como, por exemplo, hipertensão arterial ou Diabetes mellitus, e que necessidades fundamentais como alimentação e prática de exercícios físicos aconteciam sem o acompanhamento adequado de familiares ou de profissionais, provocando a agudização desses agravos, culminando com a angina instável. Era corriqueiro identificar pacientes que, mesmo após diversas reinternações por esse mesmo diagnóstico clínico, não conseguiam modificar hábitos de vida fundamentais para o sucesso do tratamento ambulatorial e para sua qualidade de vida, o que promovia seu precoce retorno ao hospital.

Neste âmbito, desenvolvemos uma monografia de especialização em Enfermagem em unidade de terapia intensiva, e, surpreendentemente, observamos que, em geral, os pacientes com angina instável não se encontravam nos centros

coronarianos, mas sim nas salas de emergência e nas unidades de clínica médica, em meio a diversas outras doenças torácicas, fato esse que poderia interferir ainda mais na efetivação de uma assistência de enfermagem.

Em nosso estudo-piloto, realizado com o intuito de identificar os problemas de adaptação mais comuns nesta população, identificamos 20 problemas comuns de adaptação fisiológica, com destaque para: Intolerância à atividade (55%); Constipação (50%); Nutrição maior que as necessidades corporais (35%); Deficiência do sentido primário audição (30%); Deficiência do sentido primário visão (30%); Privação do sono (30%) (FORTES; MARTINS; LOPES, 2006).

Outros problemas de ordem fisiológica nos pacientes com AI são mencionados pelas poucas pesquisas e apontam estar relacionados a componentes das necessidades humanas, como oxigenação, nutrição, eliminações, atividade e repouso. Estão entre os mais expressivos: troca de gases inadequada, náuseas, anorexia, flatulência, processo de mobilidade restrito (LOPES; ARAÚJO, 1999). Referente aos diagnósticos de enfermagem nesta população, os mesmos autores salientam, em outra publicação, respostas como dor aguda, déficit no autocuidado e mobilidade física prejudicada em seu estudo com mulheres acometidas pela angina (LOPES; ARAÚJO, 2000).

Alguns pacientes chegam a relatar ansiedade e depressão ainda no período de internação. Buscando outras possíveis respostas, identificamos a depressão como manifestação comum a essa população.

Resultados de pesquisas confirmam os dados da literatura internacional, ao demonstrar que transtornos depressivos constituem fator de comorbidade muito freqüente entre pacientes com síndrome isquêmicas coronarianas, principalmente em mulheres e homens de menos de 50 anos (MATTOS, LOUGON, PEREIRA, 2005). Esses sentimentos apreensivos são explicados, em sua maioria, pela dificuldade de receber esclarecimento dos profissionais nos serviços de saúde (SILVA, 2003).

As inquietações mais comuns são: mudanças que deverão ser feitas relativamente à alimentação; possível restrição de atividade física e da ocupação; uso de medicação por período longo e até ininterrupto em risco de morte advindo da

angina instável; necessidade de tratamento posterior; medo de possível cirurgia; e origem da dor tão intensa.

Blanco; Borrego (1999) desenvolveram um trabalho sobre os diferentes aspectos da dor em pacientes com isquemia miocárdica, citando os possíveis cuidados gerais de enfermagem a este público, baseados nas necessidades humanas básicas. Dentre os principais cuidados do enfermeiro sugeridos pelo estudo, podemos mencionar a identificação e descrição da dor, de acordo com a classificação adotada; identificação da resposta do paciente à dor; ajudar ao paciente a recuperar ou manter padrões adequados de mobilidade, nutrição, eliminação e higiene; além de promover conforto psíquico e administrar o tratamento clínico que lhe compete.

Woods; Froelicher; Motzer (2005) propõem que o cuidado na situação aguda da angina deve ser orientado para minimizar ou eliminar a isquemia miocárdica e prevenir a progressão para o infarto. O enfermeiro também tem o papel de auxiliar na redução da ansiedade e do medo do paciente relacionados à sua condição anginosa. A Educação para Saúde, deve compor o plano de cuidados com vistas a propor ao paciente e à sua família mudanças cabíveis no estilo de vida para reduzir ou eliminar a angina, evitando assim futuras complicações ou reinternações.

Além de avaliar as respostas humanas apresentadas pelo paciente, é de igual importância o fato de que o enfermeiro avalie o estímulo que está ocasionando tal quadro, a compreensão do tratamento por parte do paciente e de sua família, bem como o grau de adequação deste indivíduo ao plano de tratamento atual e à própria doença em si (SILVA, 2003). Esta avaliação é essencial à elaboração do plano de cuidados apropriado para este paciente e posteriormente à tentativa de prevenção de maiores danos à sua saúde, como o infarto agudo do miocárdio, por exemplo. Para tanto, o enfermeiro pode fazer uso dos diagnósticos de enfermagem que o norteiam quanto ao real estado de saúde de seu paciente.

Com referência à literatura disponível, fizemos uma busca metódica nos bancos de dados Scielo, Bireme e periódicos da CAPES e notamos uma lacuna bibliográfica sobre pesquisas na área da enfermagem relativa às doenças cardiovasculares. Esta lacuna alarga-se quando nos referimos a trabalhos que abordem, concomitantemente, doenças coronarianas e sistematização da prática de enfermagem.

No que concerne ao paciente com angina instável, estudos corroboram a afirmação, anterior ao citar a escassez de pesquisas que buscam respostas para as freqüentes reinternações, que possam sugerir intervenções de enfermagem adequadas a esses pacientes e que consigam contribuir acerca dos possíveis prognósticos nesta população, considerando a freqüência acentuada, a morbidade e mortalidade significativa (SILVA, 2003; FORTES; MARTINS; LOPES, 2006).

Faz-se, pois, fundamental identificar os principais diagnósticos de enfermagem presentes nos pacientes com angina instável, verificando as respostas humanas mais comuns encontradas. Isto contribuirá para que o perfil de respostas humanas destes pacientes seja conhecido, visando ao planejamento de intervenções mais adequadas a fim de prevenir conseqüências mais graves a este tipo de clientela, como o infarto agudo do miocárdio ou até mesmo o óbito.

Por entender a importância da avaliação do estado de saúde do paciente anginoso por meio dos diagnósticos de enfermagem, foi escolhida como base para este estudo a classificação Taxonômica II da NANDA, que explana as possíveis respostas humanas e seus fatores relacionados (NANDA, 2006).

Para os enfermeiros, a linguagem dos diagnósticos de enfermagem é uma forma de descrever a condição de saúde / doença do paciente. É um poderoso veículo que requer um pensamento crítico, analítico, criativo e acurado, para comunicar adequadamente aos demais os fenômenos com que se preocupa a pesquisa (NANDA, 2000).

Observamos tanto nesse hospital como em outros em que tivemos experiência, e na literatura médica que é conhecida a existência de diretrizes de intervenções clínicas para cada tipo ou grupo de doenças cardíacas (NICOLAU et al., 2001; VOLSCHAN, et al., 2002).

É indubitável o fato de que essas diretrizes têm papel fundamental na orientação da prática do profissional médico, de maneira a promover a coerência e a continuidade das condutas. Como no âmbito da enfermagem, todavia, o foco principal é o cuidado prestado ao ser humano em sua totalidade, percebemos que, mesmo com a existência de sistemas de classificação da prática de enfermagem há mais de três décadas, observa-se larga necessidade de pesquisas que busquem

conhecer os pacientes a quem prestamos cuidados, fazendo uso do devido rigor científico.

O' Connell; Rapley; Tibbett (1999) acentuam que mesmo os enfermeiros que têm mais anos de experiência insistem em observar o paciente do ponto de vista médico e que a prática assistencial por si não os torna peritos. Os mesmos autores concluem que a cultura dos diagnósticos de enfermagem necessitam de uma cultura baseada na escrita, no hábito de registrar.

Assim, ao incentivar esse tipo de investigação, ampliamos as possibilidades de desenvolver planos de cuidados mais adequados às necessidades do paciente e mais fundamentos na natureza da enfermagem em si.

Estudos mostram que existem, atualmente, vários sistemas de classificação dos elementos da prática de enfermagem, em interação dinâmica durante a execução do processo de enfermagem – os sistemas de classificação dos diagnósticos, os de intervenções e os de resultados de enfermagem. Esses sistemas oferecem uma linguagem padronizada a ser utilizada no processo e no produto do raciocínio e julgamento clínico acerca dos problemas de saúde ou aos processos vitais. O sistema de classificação de diagnósticos de enfermagem da NANDA é um dos mais divulgados e aplicados em âmbito mundial (GARCIA, NÓBREGA, 2004).

Pesquisa mostra que os enfermeiros reconhecem que precisam utilizar sistemas de classificação para coletar, arquivar, investigar, analisar e comunicar informações sobre suas práticas. Classificar a prática é um dos mais significativos trabalhos desenvolvidos pela enfermagem. O objetivo desse tipo de pesquisa é que seus resultados melhorem a prática de enfermagem. O aumento crescente de estudos com a temática diagnósticos de enfermagem mostra sua viabilidade e importância na identificação das respostas humanas para a evolução do conhecimento em enfermagem (CHIANCA, 2004).

Para tanto, necessitamos salientar o valor das duas primeiras fases do processo de enfermagem, o levantamento dos dados e a formulação do diagnóstico de enfermagem, das quais fizemos uso em nosso estudo. Pimenta et al.(1993), tendo a atenção para não desmerecer a importância das outras fases do processo de enfermagem, já consideravam que as fases de levantamento de dados e de formulação do diagnóstico de enfermagem do paciente são o alicerce no qual se

fundamentam as etapas subseqüentes, ressaltando seu caráter dinâmico e de inter-relação de todas as etapas que o compõem. Como tal, essas fases motivam maior atenção no ensino e na prática.

Em síntese, alguns pontos despertaram o nosso interesse por desenvolver um estudo desta natureza:

- As freqüentes reinternações e as maneiras diversas como essa enfermidade se manifesta;
- A necessidade de aprimoramento dos protocolos de identificação de diagnósticos de enfermagem em pacientes em sofrimento cardíaco, como a angina instável, com o uso do devido rigor científico;
- A dificuldade que a equipe de enfermagem, em geral, demonstra em organizar, uniformizar e dar a seguimento aos cuidados de enfermagem ao paciente com Angina Instável e
- A lacuna bibliográfica acerca de pesquisas na área da enfermagem que abordem, ao mesmo tempo, doenças coronarianas e sistematização da prática de enfermagem.

Diante disso, surgiu em nós o anseio de conhecer mais detalhadamente o paciente com angina instável, identificando os principais diagnósticos de enfermagem apresentados por essas pessoas.

Desta maneira, pretendemos oferecer fundamento científico à elaboração de condutas o mais uniforme possível a esta população, haja vista a variedade de manifestações da angina instável. Além disso, tencionamos auxiliar no aprimoramento dos protocolos de atendimento de enfermagem, bem como, coadjuvar no sentido de reduzir a lacuna acerca de estudos nesta linha.

OBJETIVOS

GERAL

- Analisar o perfil dos diagnósticos de enfermagem apresentado por pessoas com angina instável internadas em um hospital especializado em doenças cardíacas.

ESPECÍFICOS

- Levantar as respostas humanas, as características definidoras e os fatores relacionados apresentados por pessoas com angina instável.
- Caracterizar a ocorrência das respostas humanas de acordo com características sociodemográficas.
- Verificar a associação das respostas humanas entre si e destas com os fatores relacionados.

MATERIAL E MÉTODOS

Natureza do estudo

Este é um estudo descritivo, do tipo observacional e transversal. Adotamos estratégia descritiva, buscando o alcance do objetivo principal de conhecer o perfil dos pacientes com angina instável. Entendemos que o traçar de um perfil está relacionado ao delineamento vertical e preciso de uma população, desde sua superfície até seus aspectos mais intrínsecos. Cremos que assim o fizemos considerando que procuramos esquadrihar na totalidade nosso objeto de estudo por meio da observação de suas respostas humanas, sem interferência de nossa parte. Esta idéia é ratificada pela afirmação de que as pesquisas descritivas são estudos que permitem ao investigador aumentar sua experiência em torno de determinado problema e descrever com exatidão os fatos e fenômenos de certa realidade (GIL, 1996).

O método transversal foi adotado já que foi intencionada a coleta dos dados junto aos pacientes em apenas um único momento do processo de doença, suficiente para atingir o propósito da pesquisa, já que não havia a necessidade de fazer um acompanhamento longitudinal. Este tipo de estudo define a realização da produção do dado em um único momento no tempo, como um corte transversal do processo em observação (ROUQUAYROL, ALMEIDA, 2003).

Local do estudo

A pesquisa foi desenvolvida em um hospital de atendimento especializado a doenças cardíacas, vinculado à rede pública de saúde da cidade de Fortaleza – CE – Brasil. Esta instituição oferece atendimento a pacientes com patologias torácicas de natureza respiratória ou cardíaca e foi escolhida por ser referência na assistência a doenças cardíacas no Estado.

São oferecidos 306 leitos, dentre unidades clínicas, cirúrgicas e de terapia intensiva. Possui atendimento de emergência, sala de assistência à parada cardio-respiratória, seis unidades de terapia intensiva, sendo uma cardiopulmonar, uma unidade coronariana, uma respiratória, uma pediátrica e duas pós-operatórias.

Existem duas unidades de internação respiratória e cinco de internação cardiológica, nas quais foram coletados os dados desta pesquisa, a saber: quatro unidades denominadas clínicas-cirúrgicas e um posto de enfermagem referente ao setor de emergência. Possui centro cirúrgico para adultos e crianças, contemplando cirurgias de emergências, eletivas e transplantes. Há um centro hemodinâmico, onde são realizados procedimentos, como cateterismo cardíaco, angioplastia e implante de marcapasso. Existe ainda uma unidade exclusiva para broncoscopia, além da oferta de serviços de radiologia, incluindo tomografia, comissão de curativos composta por enfermeiros, atendimento odontológico para pacientes internados e consultas ambulatoriais médicas e de enfermagem. Nas consultas de enfermagem, são atendidos pacientes portadores de hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, valvulopatias, asma, tuberculose e fumantes.

População e amostra

A população foi composta pelos clientes portadores do diagnóstico de angina instável, sob atendimento no hospital em foco. A amostra foi definida com base na prevalência da angina instável segundo os dados do Ministério da Saúde, 3,8% (BRASIL, 2007). Ressaltamos que, primeiramente, obtivemos autorização para levantar, junto aos livros de registros, o número de pacientes atendidos no ano de 2005 com o diagnóstico clínico de angina instável. Por ter sido impossível calcular o número de atendimentos aos pacientes com angina instável, tanto no Estado do Ceará como na instituição escolhida, por falta de alguns registros, consideramos uma população infinita, uma prevalência da doença de 3,8%, um nível de confiança de 95% e um erro amostral de 5%.

A amostra foi determinada a partir da aplicação de uma fórmula desenvolvida para estudos com populações infinitas e que leva em consideração o nível de confiança, a prevalência da angina instável e o erro amostral.

A fórmula para o cálculo da amostra foi:

$$n = \frac{(Z_{\alpha}^2 \cdot P \cdot Q)}{E^2}$$

Onde:

n= tamanho da amostra;

Z_{α} = o nível de confiança;

P= prevalência da angina instável;

Q= complemento da prevalência (1- P);

E= o erro amostral.

Desta maneira, a amostra foi estabelecida em 57 indivíduos. Para inclusão na amostra foram considerados os seguintes critérios:

- Estar internado em uma das unidades de atendimento a pacientes com distúrbios cardíacos do hospital locus do estudo;
- Estar em condições físicas e emocionais de responder às perguntas e de ser submetido ao exame físico;
- Ter idade acima de 18 anos e
- Ter tido, no máximo, três episódios de angina instável.

O limite superior referente à idade aceitável para este estudo foi, inicialmente, de 65 anos. Investigando, porém a literatura atual, percebemos que diversos estudos epidemiológicos comprovam que, com as atuais taxas de crescimento da população idosa, está havendo aumento na incidência da DAC nesta população, mesmo com previsão de redução progressiva da mortalidade por volta do ano 2010, devendo-se ter, provavelmente, nas próximas décadas, um aumento gradual do número de pacientes idosos que se apresentam aos serviços de definir apenas a idade mínima da pesquisa, o que figura uma limitação de nosso estudo, quando não estabelecemos o limite superior da idade dos participantes.

Na tentativa de tornar nossa amostra mais uniforme, o limite do número de episódios por AI foi estabelecido em, no máximo, três, por suspeitarmos que poderia haver uma discordância das respostas dos pacientes com poucas ocorrências de AI em relação a outros com quatro ou mais experiências.

A amostragem foi efetuada por conveniência, do tipo consecutiva, em que os elementos da população foram recrutados de forma seqüencial, considerando o internamento deles nas unidades pesquisadas (HULLEY et al, 2003).

O critério de exclusão da amostra foi apresentar outras doenças não relacionadas ao quadro anginoso que pudessem alterar o perfil das respostas humanas destes pacientes.

Coleta de dados

A coleta ocorreu nas unidades de atendimento a paciente com problemas cardíacos, no período de janeiro a outubro de 2006.

Comunicamo-nos, antecipadamente, com a Chefia de Enfermagem do Hospital e com o setor de Educação Continuada, visando a deixá-los a par da nossa intenção de desenvolver este estudo, e, posteriormente, a fim de solicitar autorização para a coleta de dados naquela instituição. Mediante autorização, estabelecemos contato com as enfermeiras-chefes das unidades de emergência, das unidades clínicas e com a enfermeira-chefe do Centro Coronariano, com a finalidade de obter mais informações sobre o percurso de atendimento aos pacientes anginosos e acerca dos locais onde seria possível captá-los. Por meio dessa comunicação, notamos que os pacientes com angina instável não seguiam, de maneira rotineira para a Unidade Coronariana, a não ser que se apresentassem debilitados ou com outras doenças de base, o que os excluiria de nossa amostra. Portanto, resolvemos instituir apenas as unidades clínicas e a de emergência como os locais de coleta.

Demos início à coleta de dados nas quatro unidades clínicas e na unidade do setor de emergência. No decorrer da pesquisa, percebemos que o maior contingente de pacientes anginosos se encontrava na unidade do setor de emergência, e, por conta disso, focamos nossa coleta nesse setor.

A coleta de dados foi efetuada por meio de um formulário, em conjunto com um exame físico aplicado em cada paciente no período de internação no hospital do estudo, com o intuito de levantar suas respostas humanas e os fatores relacionados. O instrumento de coleta (Apêndice A) foi elaborado com base no roteiro que Carvalho (2005) utilizou e feito de acordo com a Taxonomia II da NANDA. Os domínios selecionados foram: promoção da saúde, nutrição, eliminação, atividade/repouso, percepção/cognição, autopercepção, relacionamento de papel,

sexualidade, enfrentamento/tolerância ao estresse, princípios de vida, segurança/proteção e conforto.

O instrumento conteve predominantemente perguntas fechadas, e possuía algumas questões abertas, apresentando, simultaneamente, itens relativos ao exame físico em cada um dos respectivos domínios que foram abordados (Apêndice A). Os itens do exame físico foram desenvolvidos com fundamento no instrumento de coleta de dados elaborado pelo Grupo de Estudos sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem do Hospital São Paulo - UNIFESP/EPM (BARROS, 2002).

Utilizamos algumas informações dos prontuários como complemento da coleta de dados como resultados de exames laboratoriais, informações clínicas e dados sobre os medicamentos prescritos.

As variáveis deste estudo incluíram os diagnósticos de enfermagem, fatores relacionados, características definidoras e dados sociodemográficos. Para determinação dos diagnósticos de enfermagem, juntamente com a entrevista, foi realizado o exame físico que constou da verificação de uma série de medidas e avaliações físicas para determinação de características definidoras, as quais podem ser observadas no Apêndice B.

Destacamos o fato de que a variável estado civil foi considerada como o entrevistado vivendo ou não com companheiro atualmente. Quanto à variável hábito de consumir café, consideramos como presente apenas quando o próprio paciente referia fazer uso de café de maneira costumeira ou excessiva.

Temos conhecimento de que existem várias medidas antropométricas possíveis de aferir durante um exame físico. Selecionamos, contudo, dentre essas, o peso, a altura, o índice de massa corpórea (IMC) e a relação cintura-quadril (RCQ), considerando que são indicadores fundamentais para a avaliação da compleição de pessoas com possíveis alterações cardiovasculares e que seríamos capazes de medir utilizando o material que dispúnhamos durante a pesquisa. Consideramos normais os valores de IMC entre 18,5 e 24,99 kg/m² (BRAY; GRAY, 1988).

É fundamental explicar que adotamos como portadores do diagnóstico de hipertensão arterial os casos já conhecidos pelos próprios pacientes e referidos nos prontuários, sendo apenas reafirmados durante a aferição da pressão arterial na

execução do exame físico. Da mesma maneira, os demais fatores de risco foram aqui citados com base nas afirmações dos próprios pacientes sobre a presença de cada um deles e ratificadas pelos dados dos registros clínicos.

Os dados laboratoriais foram enquadrados neste trabalho unicamente como possíveis características definidoras, fatores relacionados ou mesmo fatores de risco para a formulação dos diagnósticos de enfermagem e somente em alguns pacientes por conta da escassez de informações nos prontuários dos participantes da pesquisa. Portanto, esses dados não foram mencionados em tabelas, mas sim utilizados como apoio científico para o estudo.

Organização e análise dos dados

Os dados foram organizados em duas etapas, referentes a cada paciente. A primeira, o processo de raciocínio diagnóstico, seguiu as etapas preconizadas por Gordon (1994). Inicialmente verificamos e identificamos os dados que apresentavam maior relevância. Após isso, agrupamos as informações mais semelhantes ou aquelas que, de alguma forma, tinham relação entre si. Em seguida, buscamos o Domínio e a Classe que demonstravam maior conexão com os dados. Então, examinamos a adequação dessas informações à resposta humana mais apropriada por meio da identificação da (s) característica (s) definidora (s) e do (s) fator (s) relacionado (s) que contemplavam o caso de cada paciente com maior coerência. Posteriormente, nos reunimos com o orientador para verificar se havia concordância entre nossos julgamentos diagnósticos. Quando não havia concordância, retornávamos à história do paciente ou a ele mesmo, caso fosse possível, e esclarecíamos as dúvidas. De volta ao orientador, verificávamos novamente a concordância de opiniões e, neste caso, adotávamos o diagnóstico de enfermagem em questão ou o excluíamos.

A segunda etapa ocorreu pela formulação da base de dados no programa Excel, na qual registramos os dados sociodemográficos, as respostas humanas, os fatores relacionados e as características definidoras identificadas. Os dados foram estatisticamente tratados pelo programa SPSS, na versão 13.0.

Os dados foram organizados em tabelas com frequências absolutas, percentuais e intervalos de confiança (95%). Nas tabelas referentes às

características definidoras, aos diagnósticos de enfermagem e aos fatores relacionados, os itens foram organizados em quartis.

Para as variáveis numéricas, foram apresentadas as medidas de tendência central e dispersão. O teste de Kolmogorov-Smirnov foi aplicado para a verificação da normalidade, ou seja, da simetria dos dados numéricos, e o teste de Levene para verificação da homogeneidade das variâncias. Para análise de diferença de média entre dois grupos, foi aplicado Teste T quando as variáveis numéricas apresentavam normalidade. Caso contrário, foi aplicado o teste de Mann-Whitney.

Para verificar a associação entre as variáveis nominais, foram aplicados os testes do Qui-quadrado de Pearson, na ocorrência de frequências esperadas menores do que vinte e maiores do que cinco nas tabelas 2X2, e o teste exato de Fisher, nas frequências esperadas menores que cinco. A razão de chances (OR) e o coeficiente Phi foram calculados para verificar a força de associação.

Para o cruzamento entre diagnósticos de enfermagem e as variáveis de interesse, foram definidos como pontos de corte aqueles diagnósticos com frequência maior que 20%

Aspectos éticos

A pesquisa foi, inicialmente, enviada ao Comitê de Ética na Pesquisa do Hospital, em concordância com as determinações da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL,1996), que define as diretrizes e normas que regem a pesquisa envolvendo seres humanos. Posteriormente, foi encaminhado ao Setor de Educação Continuada do Hospital um ofício requerendo autorização para coleta de dados nas unidades cardiológicas da instituição.

Posteriormente, houve, junto a cada participante da pesquisa, a identificação prévia da pesquisadora e uma explicação antecedente sobre o trabalho em questão e sobre a aplicação do formulário em conjunto com o exame físico. Assim, ocorreu a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) por parte de cada participante, autorizando, por meio desta, a obtenção e a utilização das informações adquiridas. Os participantes da pesquisa foram devidamente

esclarecidos quanto à finalidade do estudo, à importância de sua participação na pesquisa e à garantia de seu anonimato.

RESULTADOS

As tabelas expostas adiante têm como objetivo pormenorizar o perfil dos participantes do estudo quanto às características sociodemográficas, aos fatores de risco apresentados para a ocorrência de angina instável, à distribuição dos medicamentos utilizados e aos dados antropométricos. Os diagnósticos de enfermagem, as características definidoras, os fatores relacionados e os fatores de risco identificados foram ordenados também como variáveis e apresentados em tabelas. Para melhor aplicação desta pesquisa, algumas das referidas variáveis foram cruzadas e descritas detalhadamente.

Iniciaremos a seguir nossa exposição dos resultados, apresentando a Tabela 1, que caracteriza os sujeitos do estudo de acordo com os dados sociodemográficos.

TABELA 1 – Distribuição dos pacientes com angina instável, segundo características sociodemográficas. Fortaleza, 2007.

Variáveis	Nº	%	Estatísticas IC 95%
Sexo			
Masculino	35	61,4%	47,6% - 74,0%
Feminino	22	38,6%	26,0% - 52,4%
Total	57	100,0%	
Estado Civil			
Sem companheiro	42	73,7%	60,3% - 84,5%
Com companheiro	15	26,3%	15,5% - 39,7%
Total	57	100,0%	
Naturalidade			
Interior do estado	45	78,9%	66,1% - 88,6%
Capital	8	14,0%	6,3% - 25,8%
Outro estado	3	5,3%	1,1% - 14,6%
Outro país	1	1,8%	0,0% - 9,4%
Total	57	100,0%	
Procedência			
Capital	31	54,4%	40,7% - 67,6%
Interior do estado	23	40,4%	27,6% - 54,2%
Outro estado	3	5,3%	1,1% - 14,6%
Total	57	100,0%	
Religião			
Católica	48	84,2%	72,1% - 92,5%
Evangélica	7	12,3%	5,1% - 23,7%
Nenhuma	2	3,5%	0,4% - 12,1%
Total	57	100,0%	
Ocupação			
Aposentado	21	36,8%	24,4% - 50,7%
Autônomo	12	21,1%	11,4% - 33,9%
Funcionário privado	9	15,8%	7,5% - 27,9%
Agricultor	7	12,3%	5,1% - 23,7%
Desempregado	3	5,3%	1,1% - 14,6%
Do lar	4	7,0%	1,9% - 17,0%
Funcionário público	1	1,8%	0,0% - 9,4%
Total	57	100,0%	

IC – Intervalo de confiança.

Fonte: Pesquisa direta.

Observa-se, pelos dados apresentados acima, que houve predominância de pessoas do sexo masculino vivendo, em sua maioria, sem companheiro, originários do interior do estado do Ceará; procedentes, na maioria dos casos, da Capital do Estado. Dentre as opções religiosas, a mais comum foi a religião católica, e quanto à ocupação, a grande parte desses pacientes era aposentada.

O tempo de internamento do paciente com angina instável, desde a data de sua admissão à instituição até o momento da coleta dos dados, foi estimado em uma média de 5,26 dias ($\pm 6,08$) dias, podendo ter sido somente de 1 dia em 25% dos casos e de até 7 dias em 75% das ocorrências.

Em relação à idade dos componentes do estudo, calculamos uma média de 61,60 anos, ($\pm 10,81$). Em 25% das pessoas avaliadas, a máxima de idade foi de 55 anos e em 75% a média foi de 69 anos.

A média do número de filhos foi de 4,49 por paciente, ($\pm 3,36$). No que se refere à escolaridade, esta variável foi determinada como anos de estudo. A média, portanto, de anos de estudo foi de 4,46 anos ($\pm 3,56$). A renda familiar foi indagada com base em valores de Real. A média para essa variável foi de 644,91 reais ($\pm 652,62$).

O número de episódios, ou seja, a quantidade de vezes que o paciente foi internado por conta do diagnóstico de angina instável apresentou média de 1,84 episódio por paciente, ($\pm 1,01$).

A Tabela 2 representa a distribuição dos participantes, segundo as características clínicas de base.

TABELA 2 – Distribuição dos participantes do estudo, segundo as características clínicas de base. Fortaleza, 2007.

Características clínicas de base	Nº	%	Estatísticas IC 95%
Hipertensão arterial sistêmica	45	78,9%	66,1% - 88,6%
Internamentos anteriores por AI	36	63,2%	49,3% - 75,6%
Fumo	27	47,4%	34,0% - 61,0%
Cateterismo cardíaco anterior	23	40,4%	27,6% - 54,2%
Menopausa	21	36,8%	24,4% - 50,7%
Diabetes <i>mellitus</i>	18	31,6%	19,9% - 45,2%
Etilismo	18	31,6%	19,9% - 45,2%
Hipercolesterolemia	15	26,3%	15,5% - 39,7%
Uso excessivo de café	13	22,8%	12,7% - 35,8%
Infarto agudo do miocárdio anterior	13	22,8%	12,7% - 35,8%
Cateterismo cardíaco atual	9	15,8%	7,5% - 27,9%
Antecedentes familiares	5	8,8%	2,9% - 19,3%
Outras doenças cardiovasculares anteriores	3	5,3%	1,1% - 14,6%

IC – Intervalo de confiança.

Fonte: Pesquisa direta.

Com referência às características clínicas de base, observamos a presença de fatores de risco para doenças isquêmicas miocárdicas, como a hipertensão arterial sistêmica (HAS), presente em 78,9% dos pacientes. O fumo foi referido como hábito de vida por 47,4% dos pacientes, sendo pertinente salientar termos verificado que algumas dessas pessoas reconheciam-se portadoras de alguma alteração cardiovascular ou até mesmo já haviam sido internadas por conta de algum problema dessa ordem e que, mesmo assim, insistiam na prática do tabagismo.

Observamos ainda que o fator de risco menopausa, mesmo discreto em valores percentuais gerais (36,8%), mostrou-se expressivo ao considerarmos que essa proporção representou 21 das 22 mulheres da amostra.

Identificamos o fato de que 40,4% dos indivíduos avaliados já haviam sido submetidos a procedimento de cateterismo cardíaco. Os internamentos anteriores por angina instável (AI) foram citados por 63,2% dos avaliados, haja vista que consideramos como critério a ocorrência máxima de três episódios de AI para que o paciente pudesse ser incluído no estudo.

Na Tabela 3, contemplamos a distribuição dos pacientes segundo os dados antropométricos aferidos durante o exame físico. Faz-se necessário esclarecer que alguns pacientes referiam dor, desconforto ou dificuldade de mobilidade no leito, no momento do exame físico, e que outros estavam sob prescrição de restrição de movimentos, não tendo sido possível aferir suas medidas antropométricas, sendo

suprimidos desta tabela. O índice de massa corpórea foi calculado em 55 pacientes e relação cintura-quadril foi estimada em 47 participantes.

TABELA 3– Distribuição dos pacientes com angina instável, segundo dados antropométricos. Fortaleza, 2007.

Dados Antropométricos	N	Média	Mediana	Desvio-padrão	P25	P75	K-S (Valor p)
IMC (kg/m ²)	55	26,5378	26,7400	4,89230	22,6500	30,5900	0,989
RCQ	47	0,9994	0,9600	0,16841	0,9300	1,0100	0,004

P25 – Percentil 25; P75 – Percentil 75; K-S – Teste de Kolmogorov-Smirnov.

Fonte: Pesquisa direta.

Os valores do dado antropométrico IMC (índice de massa corpórea) demonstraram, por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov, distribuição normal, já que o valor p se encontra acima no nível de significância. A média do IMC dos pacientes com angina instável foi de 26,53 kg/m² (\pm 4,89).

Verificamos que os valores de RCQ mostram distribuição assimétrica, podendo ser certificado pelo valor p abaixo do nível de significância. A média da RCQ foi de 0,99 (\pm 0,16). Podemos notar, pela tabela, que 25% dos participantes possuíam RCQ igual ou menor que 0,93 e que 75% apresentavam RCQ igual ou maior que 1,01, salientando que os parâmetros tanto do P25 quanto do P75 podem ser considerados altos para determinadas faixas etárias. Utilizamos como padrão os valores de RCQ contidos no quadro 3 do Apêndice B.

Na Tabela 4, abordamos a distribuição dos medicamentos utilizados pelos pacientes avaliados.

TABELA 4 – Distribuição dos medicamentos utilizados por pacientes com angina instável. Fortaleza, 2007.

Medicamento	Nº	%	Estatísticas IC 95%
Captopril	46	80,7%	68,1% - 90,0%
Sinvastatina	45	78,9%	66,1% - 88,6%
Ácido acetil salicílico	43	75,4%	62,2% - 85,9%
Propatilnitrato	30	52,6%	39,0% - 66,0%
Propranolol	29	50,9%	37,3% - 64,4%
Enoxaparina sódica	19	33,3%	21,4% - 47,1%
Ranitidina	16	28,1%	17,0% - 41,5%
Diazepam	16	28,1%	17,0% - 41,5%
Dinitrato de isossorbida)	12	21,4%	11,6% - 34,4%
Carvedilol	8	14,0%	6,3% - 25,8%
Heparina	5	8,8%	2,9% - 19,3%
Insulina	5	8,8%	2,9% - 19,3%
Espirinolactona	4	7,0%	1,9% - 17,0%
Hidroclorotiazida	4	7,0%	1,9% - 17,0%
Nitroglicerina	3	5,3%	1,1% - 14,6%
Mononitrato de isossorbida	3	5,3%	1,1% - 14,6%
Anlodipino	3	5,3%	1,1% - 14,6%
Clopidogrel	3	5,3%	1,1% - 14,6%
Glibenclamida	3	5,3%	1,1% - 14,6%
Furosemida	2	3,5%	0,4% - 12,1%
Omeprazol	2	3,5%	0,4% - 12,1%
Diltiazem	2	3,5%	0,4% - 12,1%
Digoxina	2	3,5%	0,4% - 12,1%
Valsartan	1	1,8%	0,0% - 9,4%
Cloreto de potássio	1	1,8%	0,0% - 9,4%
Ticlopidina	1	1,8%	0,0% - 9,4%
Atenolol	1	1,8%	0,0% - 9,4%

IC – Intervalo de confiança

Fonte: Pesquisa direta.

Dentre os medicamentos mais administrados, destacamos os do grupo de anti-hipertensivos, como o captopril (80,7%) e o propranolol (50,9%); a sinvastatina (78,9%) como representante do grupo dos antilipêmicos; o ácido acetilssalicílico, o antitrombótico mais comum identificado (75,4%) e o propatilnitrato, medicamento anti-anginoso de tratamento e de prevenção da angina do peito em si, com uma frequência menor, porém igualmente expressiva (52,6%) (VOLSCHAN, et al, 2002).

Na Tabela 5, estão expostas as estatísticas descritivas dos diagnósticos de enfermagem, características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco identificados nos participantes do estudo.

TABELA 5 – Estatísticas descritivas dos diagnósticos de enfermagem, características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco identificados em pacientes com angina instável. Fortaleza, 2007.

Variáveis	Média	Mediana	Desvio-padrão	P25	P75	K-S (Valor p)
Características definidoras	12,18	10,00	6,331	7,50	16,00	0,193
Fatores de risco	7,09	7,00	3,019	6,00	9,00	0,121
Diagnósticos de enfermagem	5,70	5,00	2,087	4,00	7,00	0,029
Fatores relacionados	4,51	4,00	1,974	3,00	6,00	0,048

P25 – Percentil 25; P75 – Percentil 75; K-S – Teste de Kolmogorov-Smirnov.

Fonte: Pesquisa direta.

O teste de Kolmogorov-Smirnov evidenciou distribuição assimétrica nas variáveis diagnósticos de enfermagem e fatores relacionados, constando, nesses casos, o valor $p < 0,05$. As demais variáveis mantiveram distribuição normal.

Os diagnósticos de enfermagem apresentaram média de 5,70 por paciente ($\pm 2,08$); a média das características definidoras foi de 12,18 ($\pm 6,33$) para cada paciente com angina instável; nos fatores relacionados, foi evidenciada média de 4,51 ($\pm 1,97$) fatores por pessoa e os fatores de risco obtiveram média de 7,09 ($\pm 3,01$) ocorrências por indivíduo.

A Tabela 6 dispõe os diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes com angina instável.

TABELA 6 – Diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes com angina instável. Fortaleza, 2007.

Diagnóstico de Enfermagem	No.	%	IC 95%		
1. Risco de Quedas	50	87,7%	76,3%	94,9%	
2. Dor Aguda	47	82,5%	70,1%	91,3%	
3. Padrão do Sono Perturbado	33	57,9%	44,1%	70,9%	
4. Intolerância à Atividade	28	49,1%	35,6%	62,7%	
5. Estilo de Vida Sedentário	16	28,1%	17,0%	41,5%	
6. Controle Ineficaz do Regime Terapêutico	15	26,3%	15,5%	39,7%	
7. Constipação	14	24,6%	14,1%	37,8%	
8. Dentição Prejudicada	11	19,3%	10,0%	31,9%	
9. Ansiedade	10	17,5%	8,7%	29,9%	
10. Mobilidade Física Prejudicada	10	17,5%	8,7%	29,9%	P75
11. Nutrição Desequilibrada: mais	9	15,8%	7,5%	27,9%	
12. Manutenção Ineficaz da Saúde	7	12,3%	5,1%	23,7%	
13. Risco de Constipação	6	10,7%	4,0%	21,9%	
14. Déficit de Autocuidado: Banho	6	10,5%	4,0%	21,5%	
15. Déficit de Autocuidado: Higiene Íntima	6	10,5%	4,0%	21,5%	
16. Eliminação Urinária Prejudicada	5	8,8%	2,9%	19,3%	
17. Déficit de Autocuidado: Vestir-se/ Arrumar-se	5	8,8%	2,9%	19,3%	
18. Volume Excessivo de Líquidos	4	7,0%	1,9%	17,0%	
19. Volume de Líquidos Deficiente	4	7,0%	1,9%	17,0%	
20. Disfunção Sexual	4	7,0%	1,9%	17,0%	P50
21. Padrão Sexual Ineficaz	4	7,0%	1,9%	17,0%	
22. Integridade da Pele Prejudicada	3	5,4%	1,1%	14,9%	
23. Tensão do Papel do Cuidador	3	5,3%	1,1%	14,6%	
24. Náusea	3	5,3%	1,1%	14,6%	
25. Nutrição Desequilibrada: menos	2	3,5%	0,4%	12,1%	
26. Privação do Sono	2	3,5%	0,4%	12,1%	
27. Medo	2	3,5%	0,4%	12,1%	
28. Déficit de Autocuidado: Alimentação	2	3,5%	0,4%	12,1%	
29. Comunicação Verbal Prejudicada	2	3,5%	0,4%	12,1%	
30. Risco de Integridade da Pele Prejudicada	2	3,5%	0,4%	12,1%	P25
31. Baixa Auto-Estima Crônica	1	1,8%	0,0%	9,6%	
32. Mucosa Oral Prejudicada	1	1,8%	0,0%	9,4%	
33. Perfusão Tissular Ineficaz: Cardiopulmonar	1	1,8%	0,0%	9,4%	
34. Percepção Sensorial Perturbada: Visão	1	1,8%	0,0%	9,4%	
35. Risco de Nutrição Desequilibrada: mais	1	1,8%	0,0%	9,4%	
36. Risco de Volume de Líquidos Deficiente	1	1,8%	0,0%	9,4%	
37. Sentimento de Impotência	1	1,8%	0,0%	9,4%	
38. Deambulação Prejudicada	1	1,8%	0,0%	9,4%	
39. Incontinência Urinária de Urgência	1	1,8%	0,0%	9,4%	
40. Mobilidade no Leito Prejudicada	1	1,8%	0,0%	9,4%	

IC – Intervalo de confiança; P25 – Percentil 25; P50 – Percentil 50; P75 – Percentil 75.

Fonte: Pesquisa direta.

Foi identificado um total de 40 diagnósticos de enfermagem nos componentes da pesquisa. Os domínios mais representados por esses diagnósticos foram: Promoção da Saúde, Eliminação e Troca, Atividade/Repouso, Enfrentamento/Tolerância ao Estresse. Nove destes diagnósticos estiveram acima do percentil 75 e sete acima do ponto de corte de 20%, dentre eles os mais expressivos foram: Controle Ineficaz do Regime Terapêutico, identificado em 26,3% dos pacientes; Constipação, representado em 24,6% desses indivíduos; Padrão do

Sono Perturbado acometendo 57,9% desses sujeitos, Estilo de Vida Sedentário determinado em 28,1% dos casos, e Ansiedade, presente em 17,5% dos casos.

Dentro do Domínio Segurança/Proteção, estão neste percentil dois diagnósticos e, estes, referentes à classe Lesão Física. São eles: Risco de quedas, manifestado pela maioria dos pacientes (87,7%), e Dentição prejudicada, presente em 19,3% dos avaliados.

O diagnóstico denominado Dor aguda foi evidenciado em 82,5% dos pacientes, fazendo parte do domínio Conforto, elemento este que compõe em parte a classe Conforto físico.

A Tabela 7 dispõe as características definidoras identificadas nos pacientes com angina instável.

Tabela 7 – Características definidoras identificadas em pacientes com angina instável. Fortaleza, 2007.

Características Definidoras	%	IC 95%	
1. Relato verbal de dor	80,7%	68,1%	90,0%
2. Respostas autonômicas	57,9%	44,1%	70,9%
3. Insatisfação com o sono	54,4%	40,7%	67,6%
4. Dispnéia /desconforto de esforço	47,4%	34,0%	61,0%
5. Relato de fadiga/fraqueza	36,8%	24,4%	50,7%
6. Despertares prolongados	33,3%	21,4%	47,1%
7. Evidência observada de dor	29,8%	18,4%	43,4%
8. Preferência por atividades com pouca atividade física	28,1%	17,0%	41,5%
9. Escolhe uma rotina diária sem exercícios físicos	28,1%	17,0%	41,5%
10. Três ou mais despertares	26,3%	15,5%	39,7%
11. Insônia de manutenção do sono	24,6%	14,1%	37,8%
12. Fezes duras e secas	22,8%	12,7%	35,8%
13. Ausência de alguns dentes	19,3%	10,0%	31,9%
14. Distúrbio do sono	19,3%	10,0%	31,9%
15. Frequência das evacuações diminuída	17,5%	8,7%	29,9%
16. Queixa de dificuldade para adormecer	17,5%	8,7%	29,9%
17. Escolhas da vida diária ineficazes para atingir os objetivos de um programa de tratamento ou de prevenção	15,8%	7,5%	27,9%
18. Nível de atividade sedentário	15,8%	7,5%	27,9%
19. Padrão alimentar disfuncional	15,8%	7,5%	27,9%
20. Peso 20% acima do ideal	15,8%	7,5%	27,9%
21. Capacidade diminuída para realizar funções	14,0%	6,3%	25,8%
22. Mudanças na marcha	14,0%	6,3%	25,8%
23. Preocupado/Apreensivo	14,0%	6,3%	25,8%
24. Queixa de não se sentir bem descansado	14,0%	6,3%	25,8%
25. Ansioso	12,3%	5,1%	23,7%
26. Mudanças no apetite	12,3%	5,1%	23,7%
27. Verbaliza dificuldade com regulação/integração de um ou mais dos regimes prescritos para a prevenção de complicações e o tratamento da doença ou de seus efeitos	10,5%	4,0%	21,5%
28. Incapacidade de entrar e sair do banheiro	10,5%	4,0%	21,5%
29. Expressão facial de dor	10,5%	4,0%	21,5%
30. Incapacidade de chegar ao vaso sanitário	10,5%	4,0%	21,5%
31. Incapacidade de lavar o corpo	10,5%	4,0%	21,5%
32. Incapacidade de secar o corpo	10,5%	4,0%	21,5%
33. Lentidão de movimentos	10,5%	4,0%	21,5%
34. Mudanças no padrão intestinal	10,5%	4,0%	21,5%
35. Náusea	10,5%	4,0%	21,5%
36. Preocupações expressas relacionadas à mudança em eventos de vida	10,5%	4,0%	21,5%
37. Volume de fezes diminuído	10,5%	4,0%	21,5%
38. Amplitude limitada de movimento	8,8%	2,9%	19,3% P75
39. Anorexia	8,8%	2,9%	19,3%
40. Esforço para evacuar	8,8%	2,9%	19,3%
41. Incapacidade de realizar higiene íntima apropriada	8,8%	2,9%	19,3%
42. Prazo de início do sono maior que 30 minutos	8,8%	2,9%	19,3%
43. Alterações Eletrocardiográficas refletindo arritmia ou isquemia	7,0%	1,9%	17,0%
44. Capacidade prejudicada de pôr ou tirar itens necessários de vestuário	7,0%	1,9%	17,0%
45. Verbaliza desejo de controlar o tratamento da doença e a prevenção de seqüelas	7,0%	1,9%	17,0%

46. Dificuldades, limitações ou mudanças relatadas nos comportamentos ou atividades sexuais	7,1%	2,0%	17,3%
47. Disúria	7,0%	1,9%	17,0%
48. Edema	7,0%	1,9%	17,0%
49. Falta demonstrada de conhecimento com relação a práticas básicas de saúde	7,0%	1,9%	17,0%
50. Fraqueza	7,0%	1,9%	17,0%
51. Incapacidade de colocar na parte inferior do corpo	7,0%	1,9%	17,0%
52. Prejuízo observado dos sistemas de apoio	7,0%	1,9%	17,0%
53. Pressão abdominal aumentada	7,0%	1,9%	17,0%
54. Alterações na densidade urinária	5,3%	1,1%	14,6%
55. Alteração autonômica no tônus muscular	5,3%	1,1%	14,6%
56. Apreensão quanto à recepção de cuidados caso o cuidador fique doente ou morra	5,4%	1,1%	14,9%
57. Despertar mais cedo ou mais tarde que o desejado	5,3%	1,1%	14,6%
58. Diminuição do turgor da pele/língua	5,3%	1,1%	14,6%
59. Estado de saúde do cuidador - Doença Cardiovascular	5,3%	1,1%	14,6%
60. Incapacidade relatada ou observada de assumir responsabilidade de atender a práticas de saúde em uma ou todas as áreas dos padrões funcionais	5,3%	1,1%	14,6%
61. Incapacidade de eliminar as fezes	5,3%	1,1%	14,6%
62. Incapacidade de sentar-se ou levantar-se do vaso sanitário ou da cadeira higiênica	5,3%	1,1%	14,6%
63. Nictúria	5,3%	1,1%	14,6%
64. Pele/membranas secas	5,3%	1,1%	14,6%
65. Resposta anormal da Frequência Cardíaca à atividade física	5,3%	1,1%	14,6%
66. Rompimento da superfície da pele	5,3%	1,1%	14,6%
67. Sede	5,3%	1,1%	14,6%
68. Cáries na coroa ou na raiz do dente	3,5%	0,4%	12,1%
69. Dispnéia	3,6%	0,4%	12,3%
70. Estímulos considerados como uma ameaça	3,5%	0,4%	12,1%
71. Formigamento nas extremidades	3,5%	0,4%	12,1%
72. Frequência urinária	3,5%	0,4%	12,1%
73. Incapacidade de ingerir alimentos	3,5%	0,4%	12,1%
74. Incapacidade de manipular as roupas para realizar higiene íntima	3,5%	0,4%	12,1%
75. Insônia matutina	3,5%	0,4%	12,1%
76. Instabilidade postural	3,5%	0,4%	12,1%
77. Irritabilidade	3,5%	0,4%	12,1% P50
78. Mudança no interesse por si e pelos outros	3,5%	0,4%	12,1%
79. Nervoso	3,5%	0,4%	12,1%
80. Pressão Arterial Sistólica aumentada	3,5%	0,4%	12,1%
81. Peso 20% abaixo do ideal	3,5%	0,4%	12,1%
82. Pesaroso	3,5%	0,4%	12,1%
83. Relato de apreensão	3,5%	0,4%	12,1%
84. Relato tensão aumentada	3,5%	0,4%	12,1%
85. Retenção	3,5%	0,4%	12,1%
86. Verbaliza com dificuldade	3,5%	0,4%	12,1%
87. Verbaliza problema	3,5%	0,4%	12,1%
88. Vômito	3,5%	0,4%	12,1%
89. Ingesta menor que a Porção Diária Recomendada	3,5%	0,4%	12,1%
90. Agitação	1,8%	0,0%	9,4%
91. Alteração no desempenho sexual percebido	1,8%	0,0%	9,4%

92. Alteração do Padrão Sexual	1,8%	0,0%	9,4%
93. Alteração no alcance da satisfação sexual	1,8%	0,0%	9,4%
94. Arritmias	1,8%	0,0%	9,4%
95. Aumento concentração urinária	1,8%	0,0%	9,4%
96. Avalia a si como incapaz de lidar com os acontecimentos	1,8%	0,0%	9,4%
97. Aversão à comida	1,8%	0,0%	9,4%
98. Boca Seca	1,8%	0,0%	9,4%
99. Broncoespasmo	1,8%	0,0%	9,4%
100. Cansaço	1,8%	0,0%	9,4%
101. Capacidade prejudicada de andar as distâncias necessárias	1,8%	0,0%	9,4%
102. Capacidade prejudicada de esquivar-se ou reposicionar-se na cama	1,8%	0,0%	9,4%
103. Capacidade prejudicada de mover-se da posição supina para a posição sentada e da posição sentada para a posição supina	1,8%	0,0%	9,4%
104. Capacidade prejudicada de subir escadas	1,8%	0,0%	9,4%
105. Cefaléia	1,8%	0,0%	9,4%
106. Dependência de outros que pode resultar em irritabilidade	1,8%	0,0%	9,4%
107. Desamparo aumentado, doloroso e persistente	1,8%	0,0%	9,4%
108. Destruição de camadas da pele	1,8%	0,0%	9,4%
109. Estado de saúde do cuidador - Diabetes	1,8%	0,0%	9,4%
110. Dificuldade para formar palavras ou sentenças	1,8%	0,0%	9,4%
111. Dificuldades Respiratórias	1,8%	0,0%	9,4%
112. Dificuldade para virar-se	1,8%	0,0%	9,4%
113. Diminuição do débito urinário	1,8%	0,0%	9,4%
114. Dor à evacuação	1,8%	0,0%	9,4%
115. Eletrólitos alterados	1,8%	0,0%	9,4%
116. Eliminação involuntária de fezes líquidas	1,8%	0,0%	9,4%
117. Esquecimento	1,8%	0,0%	9,4%
118. Expressão de insatisfação e frustração quanto à incapacidade de realizar tarefas/ atividades prévias	1,8%	0,0%	9,4%
119. Falta de tempo para atender às necessidades pessoais	1,8%	0,0%	9,4%
120. Frequência respiratória alterada, fora de parâmetros aceitáveis	1,8%	0,0%	9,4%
121. Gagueira	1,8%	0,0%	9,4%
122. Estado de saúde do cuidador – Hipertensão	1,8%	0,0%	9,4%
123. Hemoglobina/ hematócritos diminuídos	1,8%	0,0%	9,4%
124. História de ausência de comportamento de busca de saúde	1,8%	0,0%	9,4%
125. Incapacidade de chegar ao banheiro a tempo	1,8%	0,0%	9,4%
126. Incapacidade de colocar na parte superior do corpo	1,8%	0,0%	9,4%
127. Incapacidade de engolir alimentos	1,8%	0,0%	9,4%
128. Incapacidade de mastigar alimentos	1,8%	0,0%	9,4%
129. Incapacidade de trazer alimentos de um recipiente para a boca	1,8%	0,0%	9,4%
130. Ingesta maior que o débito	1,8%	0,0%	9,4%
131. Interesse expresso em melhorar comportamentos de saúde	1,8%	0,0%	9,4%
132. Labilidade emocional	1,8%	0,0%	9,4%
133. Lesões ou úlceras orais	1,8%	0,0%	9,4%
134. Letargia	1,8%	0,0%	9,4%
135. Limitações reais ou percebidas impostas pela doença	1,8%	0,0%	9,4%

P25

e/ou pela terapêutica			
136. Mal estar	1,8%	0,0%	9,4%
137. Mudança relatada ou medida na acuidade sensorial	1,8%	0,0%	9,4%
138. Mudanças no padrão respiratório	1,8%	0,0%	9,4%
139. Nervosismo aumentado	1,8%	0,0%	9,4%
140. Pressão Arterial diminuída	1,8%	0,0%	9,4%
141. Precordialgia	1,8%	0,0%	9,4%
142. Pulso diminuído	1,8%	0,0%	9,4%
143. Relato de dificuldade para comer	1,8%	0,0%	9,4%
144. Relato de gosto ruim	1,8%	0,0%	9,4%
145. Relato de paladar diminuído	1,8%	0,0%	9,4%
146. Respiração aumentada	1,8%	0,0%	9,4%
147. Ruídos intestinais hipoativos	1,8%	0,0%	9,4%
148. Ruminação	1,8%	0,0%	9,4%
149. Sensibilidade à dor aumentada	1,8%	0,0%	9,4%
150. Sono Perturbado	1,8%	0,0%	9,4%
151. Tontura	1,8%	0,0%	9,4%
152. Urgência urinária	1,8%	0,0%	9,4%
153. Uso musculatura acessória	1,8%	0,0%	9,4%
154. Visão autonegativa	1,8%	0,0%	9,4%
155. Angústia	1,8%	0,0%	9,4%

IC – Intervalo de confiança; P25 – Percentil 25; P50 – Percentil 50; P75 – Percentil 75.

Fonte: Pesquisa direta.

As características definidoras identificadas somaram um total de 155 itens, sendo que as mais freqüentes, acima do P75, referem-se às necessidades do ser humano de eliminação, movimento, sono e repouso.

A Tabela 8 trata dos fatores relacionados identificados nos indivíduos que avaliamos.

TABELA 8 – Fatores relacionados identificados em pacientes com angina instável. Fortaleza, 2007.

Fator Relacionado	Nº	%	IC 95%	
1. Agente lesivo: biológico	47	82,5%	70,1%	91,3%
2. Desequilíbrio entre a oferta e a demanda de oxigênio	26	45,6%	32,4%	59,3%
3. Mudanças no sono relacionadas ao envelhecimento	14	24,6%	14,1%	37,8%
4. Falta de interesse por atividade física	14	24,6%	14,1%	37,8%
5. Falta de conhecimento a respeito da saúde bucal	11	19,3%	10,0%	31,9%
6. Suscetibilidade percebida	9	15,8%	7,5%	27,9%
7. Ameaça de mudança do estado de saúde	8	14,0%	6,3%	25,8%
8. Ingesta excessiva de líquido	8	14,0%	6,3%	25,8%
9. Prejuízo músculo esquelético	6	10,5%	4,0%	21,5%
10. Agente antilipêmico	4	7,0%	1,9%	17,0%
11. Atividade física insuficiente	4	7,0%	1,9%	17,0%
12. Mecanismos reguladores comprometidos	4	7,0%	1,9%	17,0%
13. Infecção no Trato Geniturinário	4	7,0%	1,9%	17,0%
14. Pensamentos ruminantes pré-sono	4	7,0%	1,9%	17,0%
15. Dor	4	7,0%	1,9%	17,0%
16. Enfrentamento individual ineficaz	4	7,0%	1,9%	17,0%
17. Mudança recente de ambiente	3	5,3%	1,1%	14,6%
18. Falha nos mecanismos reguladores	3	5,3%	1,1%	14,6% P75
19. Pensar sobre o lar	3	5,3%	1,1%	14,6%
20. Fatores mecânicos	3	5,3%	1,1%	14,6%
21. Pesar disfuncional	3	5,3%	1,1%	14,6%
22. Dificuldades econômicas	3	5,3%	1,1%	14,6%
23. Problemas físicos	3	5,3%	1,1%	14,6%
24. Medicamento sedativo	2	3,5%	0,4%	12,1%
25. Fraqueza generalizada	2	3,5%	0,4%	12,1%
26. Intolerância à atividade	2	3,5%	0,4%	12,1%
27. Diminuição da Força muscular	2	3,5%	0,4%	12,1%
28. Dor/Desconforto de esforço	2	3,5%	0,4%	12,1%
29. Falta de ar	2	3,5%	0,4%	12,1%
30. Separação de pessoa significativa	2	3,5%	0,4%	12,1%
31. Barulho/Iluminação	2	3,5%	0,4%	12,1%
32. Informação inadequada	2	3,5%	0,4%	12,1%
33. Relacionamento prejudicado com pessoa significativa	2	3,5%	0,4%	12,1%
34. Falta de pessoa significativa	2	3,5%	0,4%	12,1%
35. Desconfiança com relação à equipe de saúde	2	3,5%	0,4%	12,1%
36. Conhecimento deficiente a respeito dos benefícios da atividade física	2	3,5%	0,4%	12,1%
37. Crises situacionais	1	1,8%	0,0%	9,4% P50
38. Hábitos de evacuação irregulares	1	1,8%	0,0%	9,4%
39. Doses excessivas de laxantes	1	1,8%	0,0%	9,4%
40. Desidratação	1	1,8%	0,0%	9,4%
41. Mobilidade física insuficiente	1	1,8%	0,0%	9,4%
42. Motilidade diminuída do TGI	1	1,8%	0,0%	9,4%
43. Força/resistência diminuídas	1	1,8%	0,0%	9,4%
44. Enrijecimento das articulações	1	1,8%	0,0%	9,4%
45. Obstrução Anatômica	1	1,8%	0,0%	9,4%
46. Incapacidade Ingerir (Fator Biológico)	1	1,8%	0,0%	9,4%
47. Padrão de atividades diárias	1	1,8%	0,0%	9,4%
48. Desconforto físico prolongado	1	1,8%	0,0%	9,4%
49. Assincronia circadiana	1	1,8%	0,0%	9,4%
50. Nausea	1	1,8%	0,0%	9,4%
51. Depressão	1	1,8%	0,0%	9,4%

52. Acessórios não familiares	1	1,8%	0,0%	9,4%
53. Estímulos ambientais	1	1,8%	0,0%	9,4%
54. Antecipação	1	1,8%	0,0%	9,4%
55. Urgência urinária (Nictúria)	1	1,8%	0,0%	9,4%
56. Ansiedade	1	1,8%	0,0%	9,4% P25
57. Efeitos colaterais de medicação	1	1,8%	0,0%	9,4%
58. Alterações Biopsicossociais relacionados à sexualidade	1	1,8%	0,0%	9,4%
59. Déficit de conhecimento/ habilidade sobre respostas alternativas a transições relacionadas à saúde, função ou estrutura corporal alterada, doente ou tratamento médico	1	1,8%	0,0%	9,4%
60. Origem natural da dor	1	1,8%	0,0%	9,4%
61. Separação de sistema de apoio	1	1,8%	0,0%	9,4%
62. Padrões familiares de cuidado	1	1,8%	0,0%	9,4%
63. Complexidade do regime terapêutico	1	1,8%	0,0%	9,4%
64. Conflito de decisão	1	1,8%	0,0%	9,4%
65. Fraqueza/cansaço	1	1,8%	0,0%	9,4%
66. Barreira física	1	1,8%	0,0%	9,4%
67. Condição fisiológica	1	1,8%	0,0%	9,4%
68. Redução Mecânica do fluxo sanguíneo	1	1,8%	0,0%	9,4%
69. Percepção sensorial alterada	1	1,8%	0,0%	9,4%
70. Imprevisibilidade do curso da doença	1	1,8%	0,0%	9,4%
71. Irritante gástrico (Medicação)	1	1,8%	0,0%	9,4%
72. Dor cardíaca	1	1,8%	0,0%	9,4%
73. Distúrbio bioquímico	1	1,8%	0,0%	9,4%
74. Regime relacionado à doença	1	1,8%	0,0%	9,4%
75. Hiperextensão da bexiga	1	1,8%	0,0%	9,4%

IC – Intervalo de confiança; P25 – Percentil 25; P50 – Percentil 50; P75 – Percentil 75.

Fonte: Pesquisa direta.

Identificamos 75 fatores relacionados, sendo a maioria identificada em menos de 30% dos pacientes. Observamos que os mais expressivos, acima do percentil 75, se tratavam de fatores relativos distribuídos entre os domínios: Conforto, Respostas Cardiovasculares/ Pulmonares, Atividade/ Repouso, Segurança/ Proteção, Promoção da Saúde, Hidratação, Eliminação, Enfrentamento/ Tolerância ao Estresse. Os fatores relacionados que apresentaram as maiores freqüências foram: Agente lesivo: biológico (82,5%), Desequilíbrio entre a oferta e a demanda de oxigênio (45,6%), Mudanças no sono relacionadas ao envelhecimento (24,6%) e Falta de interesse por atividade física (24,6%).

A Tabela 9 retrata os fatores de risco identificados nos pacientes que participaram do estudo.

TABELA 9 – Fatores de risco identificados em pacientes com angina instável. Fortaleza, 2007.

Fator de Risco	No.	%	IC95%		
1. Presença de doença aguda	51	89,5%	78,5%	96,0%	
2. Uso de medicação anti-hipertensiva	46	80,7%	68,1%	90,0%	
3. Presença de doença vascular	41	71,9%	58,5%	83,0%	
4. Uso de medicação inibidora da ECA	39	68,4%	54,8%	80,1%	
5. Dificuldades visuais	37	64,9%	51,1%	77,1%	
6. Insônia ou falta de sono	36	63,2%	49,3%	75,6%	
7. Idade de 65 anos	22	38,6%	26,0%	52,4%	
8. História de quedas	15	26,3%	15,5%	39,7%	
9. Força diminuída nas extremidades inferiores	11	19,3%	10,0%	31,9%	
10. Mobilidade física prejudicada	11	19,3%	10,0%	31,9%	P75
11. Vertigem	11	19,3%	10,0%	31,9%	
12. Mulher (se idosa)	9	15,8%	7,5%	27,9%	
13. Urgência urinária	8	14,0%	6,3%	25,8%	
14. Dificuldades auditivas	6	10,5%	4,0%	21,5%	
15. Ingesta insuficiente de líquido	6	10,5%	4,0%	21,5%	
16. Dificuldade na marcha	5	8,8%	2,9%	19,3%	
17. Uso de medicações hipnóticas ou tranqüilizantes	4	7,0%	1,9%	17,0%	
18. Mudança recente de ambiente	4	7,0%	1,9%	17,0%	
19. Atividade física insuficiente	4	7,0%	1,9%	17,0%	
20. Equilíbrio prejudicado	3	5,3%	1,1%	14,6%	P50
21. Anemia	3	5,3%	1,1%	14,6%	
22. Neuropatia	3	5,3%	1,1%	14,6%	
23. Morar sozinho	3	5,3%	1,1%	14,6%	
24. Uso de agentes anti-lipêmicos	3	5,3%	1,1%	14,6%	
25. Mudanças na glicemia pós-prandial	2	3,5%	0,4%	12,1%	
26. Problema nos pés	2	3,5%	0,4%	12,1%	
27. Diarréia	2	3,5%	0,4%	12,1%	
28. Obesidade	2	3,5%	0,4%	12,1%	
29. Pigmentação alterada	2	3,5%	0,4%	12,1%	
30. Uso de medicação diurética	2	3,5%	0,4%	12,1%	P25
31. Artrite	1	1,8%	0,0%	9,4%	
32. Incontinência urinária	1	1,8%	0,0%	9,4%	
33. Agentes antiinflamatórios não-esteróides	1	1,8%	0,0%	9,6%	
34. Sedativos	1	1,8%	0,0%	9,4%	
35. Desequilíbrio eletrolítico	1	1,8%	0,0%	9,4%	
36. Motilidade diminuída do trato gastrointestinal	1	1,8%	0,0%	9,4%	
37. Dentição ou higiene oral prejudicada	1	1,8%	0,0%	9,4%	
38. Disfunção dos padrões alimentares	1	1,8%	0,0%	9,4%	
39. Ingestão de alimentos concentrada no final do dia	1	1,8%	0,0%	9,4%	
40. Alteração do turgor da pele	1	1,8%	0,0%	9,4%	
41. Deficiência de conhecimento relacionado ao volume de líquidos	1	1,8%	0,0%	9,4%	

IC – Intervalo de confiança; P25 – Percentil 25; P50 – Percentil 50; P75 – Percentil 75.

Fonte: Pesquisa direta.

Encontramos 41 fatores de risco referentes a cinco diagnósticos de enfermagem de risco: Risco de Quedas; Risco de Constipação; Risco de Integridade da Pele Prejudicada; Risco de Nutrição Desequilibrada: mais que as necessidades corporais; Risco de Volume de Líquidos Deficiente. Dos que apresentaram maiores freqüências, podemos destacar: Presença de doença aguda; Uso de medicação

anti-hipertensiva; Doença vascular; Uso de medicação inibidora da ECA; Dificuldades visuais; Insônia ou falta de sono.

A Tabela 10 indica a distribuição dos pacientes com angina instável avaliados em nosso estudo de acordo com os dados sociodemográficos e com a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Risco de quedas.

TABELA 10 – Distribuição dos pacientes com Angina Instável, de acordo com os dados sociodemográficos e a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Risco de quedas. Fortaleza, 2007.

Variáveis	Risco de quedas				Estatísticas
	Presente		Ausente		
	Nº	%	Nº	%	
Sexo					
Masculino	30	52,63	5	8,79	p= 0,695 ¹ Phi= 0,77 (p= 0,561) OR=1,667 (0,294–9,445)
Feminino	20	35,08	2	3,50	
Total	50	87,71	7	12,29	
Estado civil					
Com companheiro	37	64,91	5	8,79	p= 1,000 ¹ Phi= 0,019 (p=0,885) OR= 1,138 (0,196-6,600)
Sem companheiro	13	22,80	2	3,50	
Total	50	87,71	7	12,29	
Religião					
Católica	42	76,36	6	10,91	p= 1,000 ¹ Phi= -0,018 (p=0,895) OR=0,857 (0,087-8,408)
Evangélica	6	10,91	1	1,82	
Total	48	87,27	7	12,73	
HAS					
Presente	42	73,68	3	5,26	p= 0,030 ¹ Phi= 0,331 (p= 0,012) OR= 7,000 (1,308-37,448)
Ausente	8	14,03	4	7,03	
Total	50	87,71	7	12,29	
Menopausa					
Presente	19	33,33	2	3,50	p= 1,000 ¹ Phi= 0,064 (p= 0,628) OR= 1,532 (0,270-8,699)
Ausente	31	54,38	5	8,79	
Total	50	87,71	7	12,29	
Tabagismo					
Presente	21	36,84	6	10,52	p= 0,045 ¹ Phi= -0,287 (p= 0,030) OR= 0,121 (0,14-1,079)
Ausente	29	50,87	1	1,77	
Total	50	87,71	7	12,29	
Idade					
	Nº	Média (±DP)	Nº	Média (±DP)	p = 0,026 ²
	50	62,78 (10,653)	7	53,14 (8,395)	
Escolaridade					
	50	4,34 (3,538)	7	5,29 (3,904)	p = 0,515 ²
Renda Familiar					
	Nº	Média dos postos	Nº	Média dos postos	p = 0,174 ³
	50	27,93	7	36,64	

1 – Teste exato de Fisher; 2 – Teste T assumindo variâncias iguais; 3 – Teste de Mann-Whitney; Phi – Coeficiente Fi; OR – Razão de chance;

Fonte: Pesquisa direta.

Identificamos esse diagnóstico em 50 pacientes (87,71%), sob a proporção de 60,0% do sexo masculino e 40,0% do sexo feminino. Os portadores do diagnóstico de Risco de quedas eram, em média, mais velhos, com menor tempo de escolaridade e renda familiar inferior, quando comparados àqueles pacientes que não apresentavam tal diagnóstico. A maioria convivia com o companheiro e declarava ser da religião católica. Com referência à presença de fatores de risco para angina instável, atentamos para o fato de que grande parte dos pacientes que

apresentavam esse diagnóstico também eram portadores de HAS e que 38,0% estavam em fase de Menopausa, referindo-se a 19 das 20 pacientes que apresentaram o diagnóstico de Risco de quedas.

Constatamos que os pacientes portadores do diagnóstico de enfermagem de Risco de quedas eram, em média, mais velhos do que os pacientes não-portadores do mesmo diagnóstico; que a média de anos de estudos entre os pacientes que possuíam o diagnóstico de enfermagem em questão era menor do que a dos não portadores e que a renda familiar dos que possuíam tal diagnóstico era menor que a dos pacientes que não o manifestaram.

Quando analisamos a relação entre o diagnóstico Risco de quedas e os dados sociodemográficos, encontramos associação significativa com as seguintes variáveis: hipertensão arterial sistêmica (associação fraca, $\phi = 0,331$, $p = 0,030$), indicando 7 vezes mais chance dos pacientes com HAS de desenvolver o diagnóstico em questão; tabagismo (associação fraca, $\phi = -0,287$, $p = 0,045$), evidenciando associação inversa de que os pacientes fumantes têm, aproximadamente 87% menos chance de desenvolver o Risco de quedas. Sob aspectos clínicos, contudo, essa relação aparenta ser espúria, já que são conhecidos os múltiplos males provocados ao organismo pelo fumo, sendo improvável que esse hábito constitua fator protetor para a saúde do ser humano; e idade. ($p = 0,026$).

A tabela 11 reproduz a distribuição dos componentes do estudo, de acordo com os dados sociodemográficos e com a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Dor aguda.

TABELA 11 – Distribuição dos pacientes com angina instável de acordo com os dados sociodemográficos e a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Dor aguda. Fortaleza, 2007.

Variáveis	Dor aguda				Estatísticas
	Presente		Ausente		
	Nº	%	Nº	%	
Sexo					
Masculino	28	49,12	7	12,29	p= 0,725 ¹ Phi= 0,081 (p= 0,539) OR=1,583 (0,363–6,904)
Feminino	19	33,33	3	5,26	
Total	47	82,45	10	17,55	
Estado civil					
Com companheiro	34	59,65	8	14,05	p= 1,000 ¹ Phi= -0,066 (p=0,617) OR= 0,654 (0,122-3,495)
Sem companheiro	13	22,80	2	3,50	
Total	47	82,45	10	17,55	
Religião					
Católica	39	70,91	9	16,36	p= 1,000 ¹ Phi= 0,039 (p=0,775) OR=1,385 (0,148-12,975)
Evangélica	6	10,91	1	1,82	
Total	45	81,82	10	18,18	
HAS					
Presente	39	68,42	6	10,52	p= 0,193 ¹ Phi= 0,204 (p= 0,106) OR= 3,250 (0,743-14,224)
Ausente	8	14,03	4	7,03	
Total	47	82,45	10	17,55	
Menopausa					
Presente	18	31,58	3	5,26	p= 0,730 ¹ Phi= 0,065 (p= 0,621) OR= 1,448 (0,331-6,329)
Ausente	29	50,87	7	12,29	
Total	47	82,45	10	17,55	
Tabagismo					
Presente	20	35,08	7	12,29	p= 0,167 ¹ Phi= -0,209 (p= 0,114) OR= 0,317 (0,73-1,382)
Ausente	27	47,37	3	5,26	
Total	47	82,45	10	17,55	
Idade					
	Nº	Média (±DP)	Nº	Média (±DP)	p = 0,568 ²
	47	61,98 (11,554)	10	59,80 (6,443)	
Escolaridade					
	Nº	Média dos postos	Nº	Média dos postos	p = 0,414 ²
	47	4,15 (3,222)	10	4,88 (4,014)	
Renda Familiar					
	Nº	Média dos postos	Nº	Média dos postos	p = 0,801 ³
	47	28,76	10	30,15	

1 – Teste exato de Fisher; 2 – Teste T assumindo variâncias iguais; 3 – Teste de Mann-Whitney; Phi – Coeficiente Fi; OR – Razão de chance.

Fonte: Pesquisa direta.

O diagnóstico de Dor aguda foi manifestado por 47 pacientes (82,45%), na fração de 59,57% do sexo masculino e de 40,43% do sexo feminino, sendo que 18 das 19 mulheres se encontravam na Menopausa. A maior parte desse total tinha companheiro, era pertencente à religião católica e cultivava hábito tabagista; também apresentava hipertensão arterial. Os portadores do diagnóstico de Dor aguda possuíam idade maior, menor escolaridade e renda familiar inferior em relação ao grupo dos não-portadores.

Não identificamos associação estatisticamente significativa entre qualquer das variáveis anteriormente descritas.

A Tabela 12 apresenta a distribuição dos pacientes com angina instável, de acordo com os dados sociodemográficos e com a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Padrão de sono perturbado.

TABELA 12 – Distribuição dos pacientes com angina instável, de acordo com os dados sociodemográficos e a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Padrão de sono perturbado. Fortaleza, 2007.

Variáveis	Padrão de sono perturbado				Estatísticas
	Nº	Presente %	Nº	Ausente %	
Sexo					
Masculino	21	36,85	14	24,55	p= 0,685 ¹ Phi= -0,54 (p= 0,685) OR=0,800 (0,272–2,350)
Feminino	12	21,05	10	17,55	
Total	33	57,90	24	42,10	
Estado civil					
Com companheiro	27	47,37	15	25,75	p= 0,102 ¹ Phi= -0,217 (p=0,102) OR= 2,700 (0,805-9,059)
Sem companheiro	6	10,52	9	16,36	
Total	33	57,89	24	42,11	
Religião					
Católica	29	52,72	19	34,55	p= 0,220 ² Phi= -0,214 (p=0,112) OR=0,262 (0,046-1,491)
Evangélica	2	3,63	5	9,1	
Total	31	56,35	24	43,65	
HAS					
Presente	26	45,60	19	33,32	p= 0,972 ¹ Phi= -0,005 (p= 0,972) OR=0,977 (0,269-3,555)
Ausente	7	12,29	5	8,79	
Total	33	57,89	24	42,11	
Menopausa					
Presente	12	36,85	9	15,79	p= 0,930 ¹ Phi= -0,012 (p= 0,930) OR= 0,952 (0,321-2,830)
Ausente	21	21,04	15	26,32	
Total	33	57,89	24	42,11	
Tabagismo					
Presente	17	29,82	10	17,55	p= 0,462 ² Phi= 0,097 (p= 0,462) OR= 1,488 (0,515-4,295)
Ausente	16	28,07	14	24,56	
Total	33	57,89	24	42,11	
Idade	Nº	Média (±DP)	Nº	Média (±DP)	p = 0,073 ³
	33	63,79 (9,996)	24	58,58 (11,382)	
Escolaridade	Nº	Média dos postos	Nº	Média dos postos	p = 0,454 ³
	33	4,28 (3,431)	24	5,30 (4,218)	
Renda Familiar	Nº	Média dos postos	Nº	Média dos postos	p = 0,919 ⁴
	33	29,18	24	28,75	

1 – Qui-quadrado de Pearson; 2 – Teste exato de Fisher; 3 – Teste T assumindo variâncias iguais; 4 – Teste de Mann-Whitney Phi – Coeficiente Fi; OR – Razão de chance.

Fonte: Pesquisa direta.

O diagnóstico Padrão de sono perturbado foi identificado em 33 indivíduos (57,90%), sendo 63,6% do sexo masculino e 36,4% do sexo feminino. Desse percentual feminino, todas as mulheres se encontravam na Menopausa. Dentre os 33 pacientes, o maior número desses convivia com o companheiro, seguia a religião católica, era portador de HAS e praticava hábito tabagista. Percebemos que a média de idade desses pacientes era maior entre os que manifestaram tal diagnóstico, de igual modo com relação à renda familiar, e que os portadores estudaram por, aproximadamente, menos tempo do que o outro grupo. Não notamos qualquer ocorrência de associação entre as variáveis expostas nessa tabela.

A Tabela 13 expõe a distribuição dos pacientes de nossa pesquisa, de acordo com os dados sociodemográficos e com a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Intolerância à atividade.

TABELA 13 – Distribuição dos pacientes com angina instável de acordo com os dados sociodemográficos e a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Intolerância à atividade. Fortaleza, 2007.

Variáveis	Intolerância à atividade				Estatísticas
	Nº	Presente %	Nº	Ausente %	
Sexo					
Masculino	13	23,38	22	38,58	p= 0,022 ¹ Phi= 0,302 (p= 0,022) OR=3,626 (1,172-11,216)
Feminino	15	25,75	7	12,29	
Total	28	49,13	29	50,87	
Estado civil					
Com companheiro	21	36,84	21	36,84	p= 0,825 ¹ Phi= 0,029 (p=0,825) OR= 1,143 (0,351-3,723)
Sem companheiro	7	12,29	8	14,03	
Total	28	49,13	29	50,87	
Religião					
Católica	23	41,82	25	45,45	p= 0,705 ² Phi= 0,062 (p=0,648) OR=01,449 (0,292-7,182)
Evangélica	4	7,28	3	5,45	
Total	27	49,10	28	50,90	
HAS					
Presente	25	43,86	20	35,08	p= 0,060 ¹ Phi=0,249 (p= 0,060) OR=3,750 (0,895-15,715)
Ausente	3	5,26	9	15,79	
Total	28	49,12	29	50,88	
Menopausa					
Presente	15	25,75	6	10,52	p= 0,010 ¹ Phi= 0,341 (p= 0,010) OR= 4,423 (1,379-14,190)
Ausente	13	23,37	23	40,36	
Total	28	49,12	29	50,88	
Tabagismo					
Presente	10	17,55	17	29,82	p= 0,083 ¹ Phi= -0,229 (p= 0,083) OR= 0,392 (0,135-1,143)
Ausente	18	31,57	12	21,06	
Total	28	49,12	29	50,88	
Idade	Nº	Média (±DP)	Nº	Média (±DP)	p =0,135 ³
	28	63,79 (8,578)	29	59,48 (12,397)	
Escolaridade	Nº	Média dos postos	Nº	Média dos postos	p = 0,347 ³
	28	4,00 (2,880)	29	4,90 (4,117)	
Renda Familiar	Nº	Média dos postos	Nº	Média dos postos	p = 0,104 ⁴
	28	25,52	29	32,36	

1 – Qui-quadrado de Pearson; 2 – Teste exato de Fisher; 3 – Teste T assumindo variâncias iguais; 4 – Teste de Mann-Whitney Phi – Coeficiente Fi; OR – Razão de chance.

Fonte: Pesquisa direta.

Esse diagnóstico pôde ser observado em 28 pacientes (49,13%), sendo que 46,42% desses eram do sexo masculino e 53,58% do sexo feminino, caracterizando o único momento em nosso trabalho em que a incidência de um diagnóstico de enfermagem foi maior nos indivíduos do sexo feminino. A frequência maior de HAS e de mulheres menopausadas esteve presente no grupo dos portadores do diagnóstico de Intolerância à atividade, diferente da ocorrência de tabagistas, que foi menor nessas pessoas.

Quanto aos demais dados sociodemográficos, a maior parte dos portadores de Intolerância à atividade possuía companheiro, pertencia à religião católica, sendo a média de idade desse grupo maior, com escolaridade menor e, em geral, com renda familiar inferior.

Encontramos associação estatisticamente significativa ao cruzarmos o diagnóstico de Intolerância à atividade com duas variáveis: sexo (associação fraca, $\phi= 0,302$, $p= 0,022$ com a razão de chance, indicando que as pessoas do sexo feminino têm cerca de 3 vezes mais chance de desenvolver Intolerância à atividade) e menopausa (associação fraca, $\phi= 0,341$, $p= 0,010$), indicando mulheres menopausadas como pessoas com aproximadamente 4 vezes mais chance de desenvolver Intolerância à atividade.

A Tabela 14 mostra a distribuição dos pacientes com angina instável, de acordo com os dados sociodemográficos e a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário.

TABELA 14 – Distribuição dos pacientes com angina instável, de acordo com os dados sociodemográficos e a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário. Fortaleza, 2007.

Variáveis	Estilo de vida sedentário				Estatísticas
	Presente		Ausente		
	Nº	%	Nº	%	
Sexo					
Masculino	10	17,55	25	43,86	p= 0,915 ¹ Phi= -0,014 (p= 0,915) OR= 0,938 (0,285-3,084)
Feminino	6	10,52	16	28,07	
Total	16	28,07	41	71,93	
Estado civil					
Com companheiro	10	17,55	32	56,14	p= 0,231 ¹ Phi= -0,159 (0,231) OR= 0,469 (0,134-1,642)
Sem companheiro	6	10,52	9	15,79	
Total	16	28,07	41	71,93	
Religião					
Católica	13	23,63	35	63,64	p= 0,402 ² Phi= 0,116 (0,391) OR=2,019 (0,397-10,272)
Evangélica	3	5,45	4	7,28	
Total	16	29,08	39	70,92	
HAS					
Presente	12	21,05	33	57,89	p= 0,723 ² Phi= -0,060 (0,648) OR= 0,727 (0,185-2,862)
Ausente	4	7,02	8	14,04	
Total	16	28,07	41	71,93	
Menopausa					
Presente	5	8,78	16	28,07	p= 0,585 ¹ Phi= -0,072 (0,585) OR= 0,710 (0,208-2,428)
Ausente	11	19,29	25	43,86	
Total	16	28,07	41	71,93	
Tabagismo					
Presente	9	15,79	18	31,57	p= 0,402 ¹ Phi= 0,111 (0,402) OR=1,643 (0,513-5,264)
Ausente	7	12,28	23	40,36	
Total	16	28,07	41	71,93	
Idade					
	Nº	Média (±DP)	Nº	Média (±DP)	p =0,017 ³
	16	56,19 (13,605)	41	63,71 (8,841)	
Escolaridade					
	Nº	Média dos postos	Nº	Média dos postos	p = 0,049 ³
	16	5,94 (4,123)	41	3,88 (3,187)	
Renda Familiar					
	Nº	Média dos postos	Nº	Média dos postos	p = 0,303 ⁴
	16	32,47	41	27,65	

1 – Qui-quadrado de Pearson; 2 – Teste exato de Fisher; 3 – Teste T assumindo variâncias iguais; 4 – Teste de Mann-Whitney Phi – Coeficiente Fi; OR – Razão de chance.

Fonte: Pesquisa direta.

Identificamos esse diagnóstico em 16 indivíduos (28,07%), constituídos por 62,5% de pacientes do sexo masculino e por 37,5% do sexo feminino. A maioria possuía companheiro, era da religião católica, portador de HAS e fumante, e grande

parte das mulheres se encontrava na menopausa. Em média, essas pessoas tinham menor idade, maior escolaridade e renda familiar superior, em relação ao outro grupo.

Ao submetermos ao cruzamento das variáveis, notamos, com o uso do teste T para amostras independentes, assumindo variâncias iguais a ocorrência de associação entre Estilo de vida sedentário e os dados sócio-econômicos Idade ($p=0,017$) e escolaridade ($p=0,049$).

A Tabela 15 é relativa à distribuição dos pacientes com angina instável de acordo com os dados sociodemográficos e com a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Controle ineficaz do regime terapêutico.

TABELA 15 – Distribuição dos pacientes com Angina Instável de acordo com os dados sociodemográficos e a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Controle ineficaz do regime terapêutico. Fortaleza, 2007.

Variáveis	Controle ineficaz do regime terapêutico				Estatísticas
	Presente		Ausente		
	Nº	%	Nº	%	
Sexo					
Masculino	11	19,29	24	42,12	p= 0,269 ¹ Phi= -0,146 (0,269) OR= 0,485 (0,132-1,774)
Feminino	4	7,02	18	31,57	
Total	15	26,31	42	73,69	
Estado civil					
Com companheiro	12	21,05	30	52,64	p= 0,735 ² Phi= 0,086 (0,518) OR= 1,600 (0,382-6,695)
Sem companheiro	3	5,26	12	21,05	
Total	15	26,31	42	73,69	
Religião					
Católica	13	23,64	35	63,63	p= 0,664 ² Phi= -0,098 (0,468) OR= 0,449 (0,049-4,093)
Evangélica	1	1,81	6	10,91	
Total	14	24,45	41	75,55	
HAS					
Presente	12	21,05	33	57,90	p= 1,000 ² Phi= 0,015 (0,907) OR= 1,091 (0,252-4,717)
Ausente	3	5,26	9	15,79	
Total	15	26,31	42	73,69	
Menopausa					
Presente	4	7,02	17	29,82	p= 0,341 ¹ Phi= -0,126 (0,341) OR= 0,535 (0,146-1,962)
Ausente	11	19,29	25	43,87	
Total	15	26,31	42	73,69	
Tabagismo					
Presente	10	17,55	17	29,82	p= 0,081 ¹ Phi= 0,231 (0,081) OR= 2,941 (0,853-10,141)
Ausente	5	8,78	25	43,87	
Total	15	26,31	42	73,69	
Idade					
	Nº	Média (±DP)	Nº	Média (±DP)	p =0,185 ³
	15	58,40 (7,863)	42	62,74 (11,561)	
Escolaridade					
	Nº	Média dos postos	Nº	Média dos postos	p = 0,923 ³
	15	4,53 (3,642)	42	4,43 (3,576)	
Renda Familiar					
	Nº	Média dos postos	Nº	Média dos postos	p = 0,410 ⁴
	15	26,10	42	30,04	

1 – Qui-quadrado de Pearson; 2 – Teste exato de Fisher; 3 – Teste T assumindo variâncias iguais; 4 – Teste de Mann-Whitney Phi – Coeficiente Fi; OR – Razão de chance.

Fonte: Pesquisa direta.

Do total de pacientes com angina instável, 15 (26,31%) apresentaram o diagnóstico Controle ineficaz do regime terapêutico, compostos por pessoas do sexo

masculino (73,3%) e 26,7% do sexo feminino. A maior parte dos indivíduos que apresentaram esse diagnóstico era composta por pessoas com companheiro, por seguidores da religião católica, por portadores de HAS, em consonância com o tabagismo mais presente nesse grupo. Desses pacientes, 26,7% estavam na menopausa, equivalente a todas as mulheres que manifestaram o diagnóstico em questão. Da mesma maneira que a renda familiar, a média de idade foi inferior no grupo dos portadores do diagnóstico, ao contrário da escolaridade, que se apresentou discretamente maior nestas pessoas. Não houve associação significativa entre o diagnóstico de enfermagem Controle ineficaz do regime terapêutico e as variáveis dispostas.

A Tabela 16 refere-se à distribuição dos pacientes, de acordo com os dados sociodemográficos e com a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Constipação.

TABELA 16 – Distribuição dos pacientes com angina instável, de acordo com os dados sociodemográficos e a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Constipação. Fortaleza, 2007.

Variáveis	Constipação				Estatísticas
	Nº	Presente %	Nº	Ausente %	
Sexo					
Masculino	10	17,55	12	21,05	p= 0,004 ¹ Phi= 0,385 (0,004) OR= 6,458 (1,696-24,600)
Feminino	4	7,02	31	54,38	
Total	14	24,57	43	75,43	
Estado civil					
Com companheiro	10	17,55	32	56,14	p= 1,000 ² Phi= -0,29 (,0825) OR= 0,859 (0,224-3,304)
Sem companheiro	4	7,02	11	19,29	
Total	14	24,57	43	75,43	
Religião					
Católica	11	20,00	37	67,27	p= 0,664 ² Phi= 0,044 (0,742) OR= 1,345 (0,229-7,919)
Evangélica	2	3,63	5	9,10	
Total	13	23,63	42	76,37	
HAS					
Presente	13	22,81	32	56,14	p= 0,258 ² Phi= 0,195 (0,142) OR= 4,469 (0,523-38,219)
Ausente	1	1,76	11	19,29	
Total	14	24,57	43	75,43	
Menopausa					
Presente	4	7,02	11	19,29	p= 0,002 ¹ Phi= 0,409 (0,002) OR= 7,273 (1,891-27,963)
Ausente	10	17,55	32	56,14	
Total	14	24,57	43	75,43	
Tabagismo					
Presente	6	10,52	21	36,84	p= 0,697 ¹ Phi= -0,052 (0,697) OR= 0,786 (0,233-2,650)
Ausente	8	14,05	22	38,59	
Total	14	24,57	43	75,43	
Idade	Nº	Média (±DP)	Nº	Média (±DP)	p =0,084 ³
	14	65,93 (8,352)	43	60,19 (11,232)	
Escolaridade	Nº	Média dos postos	Nº	Média dos postos	p = 0,474 ³
	14	3,86 (2,568)	43	4,65 (3,835)	
Renda Familiar	Nº	Média dos postos	Nº	Média dos postos	p = 0,291 ⁴
	14	25,11	43	30,27	

1 – Qui-quadrado de Pearson; 2 – Teste exato de Fisher; 3 – Teste T assumindo variâncias iguais; 4 – Teste de Mann-Whitney Phi – Coeficiente Fi; OR – Razão de chance.

Fonte: Pesquisa direta.

O diagnóstico de Constipação foi manifestado por 14 pacientes (24,57%) e, desses, 71,42% eram do sexo masculino e 28,58% do sexo feminino. Indivíduos que possuíam companheiro somaram a maioria dos portadores de Constipação, semelhante aos que declararam religião católica. A hipertensão arterial esteve presente na quase totalidade do grupo, o tabagismo foi referido por grande parte deste e a menopausa foi comum a todas as mulheres do grupo. A idade das pessoas que manifestaram esse diagnóstico foi, em média, maior do que a do grupo dos não-portadores; a escolaridade e a renda familiar foram, no entanto, menores do que a das pessoas sem tal diagnóstico.

Examinamos a ocorrência de associação entre o diagnóstico de Constipação e as variáveis: sexo (associação fraca, $\phi = 0,385$, $p = 0,004$), com indicação de 6,4 mais chances de manifestar o diagnóstico de Constipação; e menopausa (associação moderada, $\phi = 0,409$, $p = 0,002$), havendo 7,2 mais chances de mulheres fora da fase da menopausa de apresentarem Constipação. Atentando para o fato de que todos os pacientes descritos como fora da menopausa são a totalidade de homens do grupo, notamos que, nessa associação, os homens, novamente, apresentaram mais chance de manifestar o diagnóstico de Constipação.

A tabela 17 dispõe as estatísticas de associação entre os diagnósticos de enfermagem encontrados em pacientes com angina instável.

Tabela 17 - Estatísticas de associação entre os diagnósticos de enfermagem encontrados em pacientes com angina instável. Fortaleza, 2007

DE	RQ	DA	PSP	IAT	EVS	CIRT
DA						
Valor p	0,095 ¹					
Phi (Sig.)	0,249 (0,060)	-	-	-	-	-
OR	4,607					
(IC 95%)	(0,844-25,137)					
PSP						
Valor p	0,439 ¹	1,000 ¹				
Phi (Sig.)	0,114 (0,390)	-0,020 (0,882)	-	-	-	-
OR	2,000	0,900				
(IC 95%)	(0,404-9,909)	(0,224-3,617)				
IAT						
Valor p	0,102 ¹	1,000 ¹	0,337 ²			
Phi (Sig.)	0,261 (0,049)	-0,008 (0,951)	0,127 (0,337)	-	-	-
OR	7,043	0,958	1,680			
(IC 95%)	(0,789-62,862)	(0,245-3,753)	(0,581-4,859)			
EVS						
Valor p	0,088 ¹	0,708 ¹	0,177 ²	0,000 ²		
Phi (Sig.)	-0,242 (0,068)	0,083 (0,532)	-0,179 (0,177)	-0,536 (0,000)	-	-
OR	0,237	1,697	0,449	0,035		
(IC 95%)	(0,046-1,211)	(0,319-9,022)	(0,139-1,452)	(0,004-0,289)		
CIRT						
Valor p	1,000 ¹	0,108 ¹	0,677 ²	0,410 ²	0,517 ¹	
Phi (Sig.)	-0,019 (0,885)	-0,248 (0,061)	-0,055 (0,677)	-0,109 (0,410)	-0,107 (0,418)	
OR	0,878	0,270	0,777	0,606	0,558	-
(IC 95%)	(0,152-5,092)	(0,065-1,121)	(0,237-2,546)	(0,183-2,007)	(0,134-2,317)	
CONS						
Valor p	1,000 ¹	1,000 ¹	0,577 ²	0,191 ²	0,083 ¹	1,000 ¹
Phi (Sig.)	-0,035 (0,792)	0,049 (0,712)	0,074 (0,577)	0,173 (0,191)	-0,266 (0,045)	0,029 (0,825)
OR	0,789	1,371	1,425	2,274	0,144	1,164
(IC 95%)	(0,135- 4,605)	(0,255-7,377)	(0,409-4,964)	(0,653-7,920)	(0,017-1,206)	(0303-4,474)

DE – Diagnóstico de enfermagem; ; RQ- Risco de quedas; DA – Dor aguda; PSP- Padrão de sono perturbado; IAT- Intolerância à atividade; EVS- Estilo de vida sedentário; CIRT- Controle ineficaz do regime terapêutico; CONS- Constipação; Phi – Coeficiente Fi; OR – Razão de chance; IC – Intervalo de Confiança; 1- Teste exato de Fisher; 2- Qui-quadrado de Pearson.

Fonte: Pesquisa direta.

A tabela 17 atenta para única associação significativa entre os diagnósticos de enfermagem mais freqüentes. Essa associação foi identificada ao cruzarmos os diagnósticos Estilo de vida sedentário e Intolerância à atividade (associação moderada, $\phi = -0,536$, $p = 0,000$), havendo cerca de 96% menos chance dos pacientes que apresentaram Estilo de vida sedentário desenvolverem Intolerância à atividade. Chamamos a atenção, porém, para o fato de que essa associação é de caráter espúrio, já que não há sentido clínico afirmar que pessoas que não praticam exercícios físicos regulares têm menos chance de desenvolver Intolerância à atividade.

A tabela 18 apresenta as estatísticas de associação entre os diagnósticos de enfermagem e os fatores relacionados e de risco encontrados em pacientes com angina instável.

TABELA 18 – Estatísticas de associação entre os diagnósticos de enfermagem e os fatores relacionados e de risco encontrados em pacientes com angina instável. Fortaleza, 2007.

DE FR	RQ	DA	PSP	IAT	EVS	CIRT	CONS
ALB							
Valor p	0,095 ¹	0,000 ¹	1,000 ¹	1,000 ¹	0,708 ¹	0,108 ¹	1,000 ¹
Phi (Sig.)	0,249 (0,060)	1,000 (0,000)	-0,020 (0,882)	-0,008 (0,951)	0,083 (0,532)	-0,248 (0,061)	0,049 (0,712)
OR	4,607	OR*	0,900	0,958	1,697	0,270	1,371
(IC 95%)	(0,844-25,137)	OR*	(0,224-3,617)	(0,245-3,753)	(0,319-9,022)	(0,065-1,121)	(0,255-7,377)
DODOX							
Valor p	0,112 ¹	0,741 ¹	0,610 ²	0,000 ²	0,000 ²	0,611 ²	0,319 ²
Phi (Sig.)	0,235 (0,076)	0,052 (0,695)	0,068 (0,610)	0,932 (0,000)	-0,494 (0,000)	-0,067 (0,611)	0,132 (0,319)
OR	6,000	1,320	1,318	OR*	0,043	0,733	1,852
(IC 95%)	(0,673-53,525)	(0,329-5,293)	(0,456-3,805)	OR*	(0,005-0,355)	(0,221-2,428)	(0,547-6,270)
MSRE							
Valor p	0,669 ¹	0,423 ¹	0,000 ²	0,940 ²	0,505 ¹	0,312 ¹	0,084 ¹
Phi (Sig.)	0,089 (0,500)	0,156 (0,239)	0,487 (0,000)	0,010 (0,940)	0,097 (0,464)	-0,156 (0,239)	0,243 (0,067)
OR	2,108	3,441	0,442	1,048	1,616	0,385	3,281
(IC 95%)	(0,231-19,204)	(0,396-29,916)	(0,316-0,618)	(0,314-3,500)	(0,445-5,872)	(0,075-1,968)	(0,887-12,134)
FINT							
Valor p	0,054 ¹	1,000 ¹	0,189 ²	0,000 ²	0,000 ¹	0,739 ¹	0,150 ¹
Phi (Sig.)	-0,283 (0,033)	0,049 (0,712)	-0,174 (0,189)	-0,479 (0,000)	0,913 (0,000)	-0,063 (0,633)	-0,231 (0,081)
OR	0,188	1,371	0,444	0,046	OR*	0,705	0,178
(IC 95%)	(0,036-0,976)	(0,255-7,377)	(0,130-1,514)	(0,005-0,382)	OR*	(0,167-2,974)	(0,021-1,502)
PDOA							
Valor p	0,000 ¹	0,281 ¹	0,227 ¹	0,194 ¹	0,046 ¹	1,000 ¹	1,000 ¹
Phi (Sig.)	0,917 (0,000)	0,142 (0,282)	0,171 (0,198)	0,223 (0,093)	-0,295 (0,026)	0,075 (0,570)	0,063 (0,635)
OR	OR*	2,688	3,100	5,625	0,154	1,892	1,711
(IC 95%)	OR*	(0,419-17,222)	(0,519-18,531)	(0,613-51,601)	(0,025-0,946)	(0,203-17,654)	(0,183-16,027)
MATH							
Valor p	0,000 ¹	0,088 ¹	1,000 ¹	0,022 ²	0,260 ¹	0,455 ¹	0,436 ¹
Phi (Sig.)	0,765 (0,000)	0,242 (0,068)	0,033 (0,802)	0,303 (0,022)	-0,189 (0,153)	-0,112 (0,400)	-0,134 (0,311)
OR	OR*	3,810	1,184	5,850	0,377	0,550	0,486
(IC 95%)	OR*	(0,851-17,047)	(0,315-4,451)	(1,136-30,137)	(0,096-1,479)	(0,135-2,237)	(0,118-1,999)
DOVAS							
Valor p	0,000 ¹	0,124 ¹	0,300 ²	0,023 ²	0,115 ¹	1,000 ¹	0,735 ¹
Phi (Sig.)	0,599 (0,000)	0,225 (0,089)	-0,137 (0,300)	0,301 (0,023)	-0,218 (0,100)	0,019 (0,888)	0,084 (0,254)
OR	OR*	3,273	0,526	4,235	0,362	1,110	1,589
(IC 95%)	OR*	(0,798-13,426)	(0,155-1,787)	(1,165-15,400)	(0,105-1,242)	(0,292-4,142)	(0,379-6,659)
MINECA							
Valor p	0,000 ¹	0,709 ¹	0,412 ²	0,029 ²	0,548 ²	0,342 ¹	0,333 ¹
Phi (Sig.)	0,551 (0,000)	0,084 (0,528)	0,109 (0,412)	0,290 (0,029)	-0,080 (0,548)	0,149 (0,261)	-0,138 (0,296)
OR	0,611	1,571	1,600	3,738	0,690	2,222	0,516
(IC 95%)	(0,423-0,883)	(0,383-6,444)	(0,518-4,938)	(1,111-12,569)	(0,205-2,325)	(0,540-9,137)	(0,18-1,803)
DIFVIS							
Valor p	0,000 ¹	0,298 ¹	0,147 ²	0,922 ²	0,704 ²	0,274 ²	0,059 ¹
Phi (Sig.)	0,509 (0,000)	0,144 (0,277)	0,192 (0,147)	-0,13 (0,922)	0,050 (0,704)	-0,0145 (0,274)	-0,264 (0,046)
OR	0,650	2,133	2,256	0,947	1,269	0,512	0,290
(IC 95%)	(0,471-0,897)	(0,535-8,505)	(0,744-6,845)	(0,319-2,812)	(0,370-4,357)	(0,153-1,713)	(0,083-1,014)
INFS							
Valor p	0,008 ¹	1,000 ¹	0,000 ²	0,470 ²	0,058 ²	0,768 ²	0,460 ²
Phi (Sig.)	0,379 (0,004)	0,030 (0,820)	0,675 (0,000)	0,096 (0,470)	-0,251 (0,058)	-0,39 (0,768)	0,098 (0,460)
OR	14,000	1,176	30,000	1,490	0,322	0,833	1,635
(IC 95%)	(1,549-26,567)	(0,291-4,762)	(6,667-134,997)	(0,504-4,406)	(0,097-1,063)	(0,248-2,796)	(0,441-6,063)
ID65							
Valor p	0,230 ¹	0,183 ²	0,486 ²	0,233 ²	0,055 ²	0,626 ²	0,101 ²
Phi (Sig.)	0,187 (0,158)	0,176 (0,183)	0,092 (0,486)	0,158 (0,233)	-0,255 (0,055)	-0,065 (0,626)	0,217 (0,101)
OR	4,345	2,963	1,474	1,926	0,267	0,735	2,762
(IC 95%)	(0,486-38,831)	(0,567-15,488)	(0,493-4,401)	(0,653-5,682)	(0,066-1,081)	(0,213-2,535)	(0,803-9,504)

HISQ							
Valor p	0,172 ¹	0,713 ¹	0,305 ²	0,326 ²	0,190 ¹	0,185 ¹	1,000 ¹
Phi (Sig.)	0,224 (0,091)	-0,039 (0,771)	-0,136 (0,305)	0,130 (0,326)	-0,196 (0,139)	0,186 (0,161)	0,029 (0,825)
OR	0,833	0,800	0,538	1,816	0,308	2,444	1,164
(IC 95%)	(0,728-0,954)	(0,178-3,596)	(0,164-1,770)	(0,548-6,019)	(0,061-1,556)	(0,687-8,695)	(0,303-4,474)

DE- Diagnóstico de Enfermagem; RQ- Risco de quedas; DA – Dor aguda; PSP- Padrão de sono perturbado; IAT- Intolerância à atividade; EVS- Estilo de vida sedentário; CIRT- Controle ineficaz do regime terapêutico; CONS- Constipação; FR- Fator Relacionado: ALB- Agente lesivo (biológico); DODOX- Desequilíbrio entre a oferta e a demanda de oxigênio; MSRE- Mudanças do sono relacionadas ao envelhecimento; FINT- Falta de interesse por atividade física; PDOA- Presença de doença aguda; MATH- Uso de medicação anti-hipertensiva; DOVAS- Presença de doença vascular; MINECA- Uso de medicação inibidora da enzima conversora da Angiotensina; DIFVIS- Dificuldades visuais; INFS- Insônia ou falta de sono; ID65- Idade \geq 65 anos; HISQ- História de quedas; Phi – Coeficiente Fi; OR – Razão de chance; IC – Intervalo de Confiança; 1- Teste exato de Fisher: 2- Qui-quadrado de Pearson.

Fonte: Pesquisa direta.

O diagnóstico de enfermagem de Risco de quedas obteve associação com os fatores de risco: Presença de doença aguda (associação muito forte, $\phi = 0,917$ e $p = 0,000$); Uso de medicação anti-hipertensiva (associação muito forte, $\phi = 0,765$, $p = 0,000$); Presença de doença vascular (associação forte, $\phi = 0,599$, $p = 0,000$); Uso de medicação inibidora da ECA (associação forte, $\phi = 0,551$, $p = 0,000$); Dificuldades visuais (associação moderada, $\phi = 0,509$, $p = 0,000$); Insônia ou falta de sono (associação fraca, $\phi = 0,379$, $p = 0,008$). Esclarecemos que todos esses fatores que apresentaram associação com o diagnóstico Risco de quedas eram peculiares a ele. A chance dos pacientes com Angina Instável de desenvolverem Risco de quedas, na presença dos fatores relacionados/ de risco descritos, foi de 61% a mais para Uso de medicação inibidora da ECA, 65% a mais para Dificuldades visuais e 14 vezes mais para Insônia ou falta de sono.

O diagnóstico de Dor aguda apresentou associação com o fator relacionado Agente lesivo: biológico em uma associação perfeita ($\phi = 1,000$ e $p = 0,000$), lembrando que o fator é exclusivo deste diagnóstico.

No caso do diagnóstico Padrão de sono perturbado, foi evidenciada associação entre este e os fatores Mudanças do sono relacionadas ao envelhecimento e Insônia ou falta de sono, salientando que apenas o último não é referente ao diagnóstico dentro da taxonomia. Com relação ao fator Mudanças do sono relacionadas ao envelhecimento, identificamos associação moderada ($\phi = 0,487$, $p = 0,000$), indicando que, nos pacientes que possuem tal fator relacionado, existem 44% mais chances do diagnóstico Padrão de sono perturbado ser manifestado. Relativo ao fator Insônia ou falta de sono, encontramos associação forte ($\phi = 0,675$, $p = 0,000$), havendo nos pacientes com tal fator 30 vezes mais chances de desenvolver o diagnóstico Padrão de sono perturbado.

Quando verificamos a relação entre o diagnóstico de enfermagem Intolerância à atividade e os fatores antes dispostos, descobrimos associação entre este e cinco fatores: Desequilíbrio entre a oferta e a demanda de oxigênio, Falta de interesse por atividade física, Uso de medicação anti-hipertensiva, Presença de doença vascular, Uso de medicação inibidora da enzima conversora da Angiotensina, sendo somente o primeiro pertencente a ele. As associações se deram da seguinte maneira: Desequilíbrio entre a oferta e a demanda de oxigênio (associação muito forte, $\varphi=0,932$, $p=0,000$); Falta de interesse por atividade física (associação moderada, $\varphi=0,479$, $p=0,000$); Uso de medicação anti-hipertensiva (associação fraca, $\varphi=0,303$, $p=0,022$); Presença de doença vascular (associação fraca, $\varphi=0,301$, $p=0,023$); Uso de medicação inibidora da enzima conversora da Angiotensina (associação fraca, $\varphi=0,290$, $p=0,029$).

Tratando-se da propensão dos pacientes com angina instável de desenvolverem o diagnóstico de enfermagem Intolerância à atividade, identificamos: 4% menos chances em pacientes com Falta de interesse por atividade física; 85% mais chances nos indivíduos que faziam Uso de medicação anti-hipertensiva; chances 23% maiores na Presença de doença vascular; 73% de chances a mais nos pacientes em Uso de medicação inibidora da enzima conversora da Angiotensina. A razão de chance não pôde ser calculada em relação ao fator relacionado Desequilíbrio entre a oferta e a demanda de oxigênio.

Quanto ao diagnóstico Estilo de vida sedentário, encontramos associação entre este e três fatores relacionados/ de risco: Desequilíbrio entre a oferta e a demanda de oxigênio (associação moderada, $\varphi=-0,494$, $p=0,000$), Falta de interesse por atividade física (associação muito forte, $\varphi=0,913$, $p=0,000$) e Presença de doença aguda (associação fraca, $\varphi=-0,295$, $p=0,046$). Nota-se que somente o fator Falta de interesse por atividade física é alusivo a este diagnóstico. As chances dos pacientes com Angina Instável desenvolverem o diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário na presença desses fatores relacionados/ de risco foram de: 4% menos para Desequilíbrio entre a oferta e a demanda de oxigênio; e de 15% menos para Presença de doença aguda, não tendo sido calculadas para Falta de interesse por atividade física.

Os diagnósticos de enfermagem Controle ineficaz do regime terapêutico e Constipação não apresentaram associação estatisticamente significativa com qualquer dos fatores relacionados/ de risco.

5. DISCUSSÃO

Num contexto onde a expressiva morbidade e a mortalidade por angina instável se destacam e em que a ocorrência de mudança no perfil epidemiológico pelas doenças miocárdicas isquêmicas está se tornando evidente, é fundamental conhecermos os pacientes a quem estamos prestando assistência (SILVA, 2003).

A angina instável abrange um grupo heterogêneo de pacientes, com características e prognósticos clínicos variados, advindos de circunstâncias físicas e sociais das mais diversas (MARKMAN FILHO et al., 2006). Ao realizarmos este estudo sobre os diagnósticos de enfermagem de pacientes com angina instável, entendemos ser indispensável examinar o perfil sócio-demográfico dessa população.

Nossa pesquisa mostrou que a maioria dos pacientes com angina instável era do sexo masculino, mas de uma maneira bem mais equiparada, perfazendo 61,4% dos casos. Ocorreu de maneira similar no estudo de Peixoto et al. (2007), no qual 62% dos pacientes avaliados eram do sexo masculino. Silva (2003) apresentou uma ocorrência de angina mais eqüitativa entre os sexos masculino (56,9%) e feminino (43,1%).

A angina era uma doença comumente percebida em indivíduos do sexo masculino, em razão do fato de que estes possuíam mais ordinariamente hábitos de vida que proporcionavam tal quadro. Eram os homens os provedores do lar, e por isso eram os mais afetados com o ritmo diário de vida intenso e com as tarefas de manutenção do bem-estar da família. Com o decorrer do tempo, a mulher passou a participar da vida social e política das grandes cidades, de modo mais efetivo, tornando-se também mais suscetível aos fatores de risco comuns do cotidiano e às suas conseqüências (LOPES, ARAÚJO, 2000; SANTOS; PELLANDA; CASTRO, 2005).

A média de idade da população analisada foi de 60 anos ($\pm 10,81$), semelhante à encontrada por Santos et al. (2006), com média de idade de 62,6 anos ($\pm 11,9$). Com o aumento da expectativa de vida da população, o número de idosos cresce em termos relativo e absoluto e com isso o quantitativo de pacientes idosos com acometimento coronário aumenta consideravelmente. (IGLEZIAS et al., 2001)

Com referência ao estado civil, 26,3% dos participantes da pesquisa viviam com companheiro, o que foi surpreendente ao compararmos com outros estudos, como o de Tortajada (2003), no qual a frequência de pacientes anginosos que possuíam companheiro foi de 72%, o mesmo encontrado no trabalho de Lopes; Araújo (2000), que apresentou 58,3% dos pacientes com companheiro. Esse fato pode parecer preocupante, já que, no mesmo estudo de Tortajada (2003), observou-se que os cônjuges eram os maiores responsáveis pelo cuidado dos pacientes com doenças isquêmicas do miocárdio, principalmente quando se trata de uma população eminentemente idosa. Podemos observar, porém, que esses pacientes eram bem ativos profissionalmente, inclusive os idosos, já que apenas 36,8% dos entrevistados eram aposentados.

Registramos o fato de que a maioria dos pacientes era procedente da capital do Estado e eram da religião católica. Em média, 25% dos indivíduos avaliados possuíam até 2 filhos, sendo que 75% tinham até 7 filhos, semelhantemente ao estudo de Silva (2003), ao mostrar que 70,7% dos participantes de seu estudo tinham de 2 a 5 filhos. Isso se apresenta como um fator positivo, quando consideramos que, quanto maior o número de filhos, maior a possibilidade de cuidadores em potencial. Quando, no entanto, levamos em conta a noção de que, dentre a população mais pobre, os filhos demoram mais a ter uma vida independente financeiramente, e que muitas vezes a renda destas pessoas mantém várias pessoas da família, constatamos aí um fator estressor para este indivíduo.

No mesmo estudo, a maior parte dos pacientes com AI (55,3%) estudou até à primeira metade do equivalente ao Ensino Fundamental. Observamos que a renda familiar variou, em média, de 350 a 700 reais, e os pacientes de nosso estudo possuíam baixa escolaridade, dos quais 25% estudaram no máximo por um ano e 75% referiram até seis anos de estudo. Isso possivelmente justifica a alta frequência dos fatores de risco para doenças isquêmicas do coração, já que a OMS enfatiza a idéia de que quanto menor o nível socioeconômico, maior a morbidade para a angina *pectoris*, principalmente entre os pacientes do sexo feminino (OMS, 2003).

Trabalhos sobre o tema, como o de Tortajada (2003) e o Stuchi; Carvalho (2003), citam que os fatores de risco coronário referem-se às condições capazes de alargar a suscetibilidade de uma pessoa à morbidade e mortalidade por conta da aterosclerose coronária e podem ser classificados em **alteráveis**: hipertensão

arterial, dislipidemias, tabagismo, diabetes, obesidade, vida sedentária, uso de anticoncepcionais hormonais, estresse emocional; e fatores que **não podem ser alterados**: idade, sexo, raça, antecedentes familiares da doença coronariana.

Relativo aos primeiros, não nos foi possível qualificar o estresse emocional desses pacientes, nem nos detivemos à raça, haja vista que este último se torna implexo, sem possibilidade de ser distinguido, considerando um país tão miscigenado como o Brasil. O uso de anticoncepcionais hormonais não era adotado pelos pacientes avaliados.

Estudos epidemiológicos demonstraram que a doença coronariana e suas complicações estão associadas a uma grande variedade de fatores de risco (SAAD, 2004). Dentre os fatores de risco para doenças isquêmicas miocárdicas, os mais expressivos identificados foram: Hipertensão arterial sistêmica (HAS); Internamentos anteriores por Angina Instável; Fumo; Cateterismo cardíaco anterior; Menopausa. A HAS foi o fator de risco mais comum (78,9%), sendo figurada como o fator de risco mais importante para doenças cardiovasculares identificado. Na pesquisa de Peixoto et al. (2007), a HAS esteve presente em 74% de seus pacientes, representando o fator de risco clássico para doença arterial coronariana mais comumente observado.

Vários estudos populacionais evidenciam a importância do controle da hipertensão para a redução da morbimortalidade cardiovascular. Em um país ocidental, em que o sal faz parte da preparação de alimentos regionais amplamente consumidos, como no Brasil, a ingestão de sal é fortemente influenciada pelo nível socioeconômico (MOLINA et al., 2003). Esse fato pode, parcialmente, explicar a alta prevalência de hipertensão arterial nas classes socioeconômicas mais baixas, conforme corroborado por Woods; Froelicher; Motzer (2005) que consideram como barreiras socioeconômicas sobre a pressão arterial, tanto as dificuldade financeiras para acesso à assistência saúde, como a baixa adoção de mudanças no estilo de vida por parte dos que têm nível educacional menor.

No estudo de Péres; Magna; Viana (2003), foi evidenciado o fato de que cerca de 40% dos participantes tanto tinham consciência sobre as graves conseqüências da HAS não controlada quanto sabiam como controlá-la, porém boa parte não aderiu ao tratamento. Isso também foi observado em nosso estudo, no sentido de que alguns pacientes com AI possuíam, além da HAS, outros fatores de risco, dentre

eles o hábito tabagista. Tanto não conseguiam abandonar esse hábito como não aderiam ao tratamento ambulatorial de HAS.

Ferreiros et al. (2004) reafirmaram que o fumo é um dos mais importantes fatores no desenvolvimento das enfermidades coronarianas e identificaram o fato de que, aproximadamente, 30 a 40% dos pacientes internados em unidades coronarianas por síndromes coronarianas agudas (SCA) e 50% dos pacientes internados por infarto agudo do miocárdio eram fumantes.

Despaigne; Despaigne; Bustillo et al. (2003) já consideravam preocupante a realidade segundo a qual 16,6% de seus pacientes com angina *pectoris* eram fumantes, sendo que, em nossa pesquisa, o tabagismo esteve presente em 47,4% dos pacientes. O referido estudo aponta que a doença isquêmica miocárdica é também conseqüência do tabagismo pelo efeito da nicotina, que libera substâncias como a cortisona, que aumenta a freqüência cardíaca e contrai todas as artérias, principalmente as coronárias, alvo da angina. Descreveu, ainda, que o alto índice de tabagistas entre esses pacientes poderia estar ligado a influencias socioeconômicas, como a escolaridade, considerada baixa em nosso trabalho. Stuchi; Carvalho (2003) demonstram que as crenças em relação ao tabaco, como a que entende que o fumo promove relaxamento e bem-estar em situações de estresse, descartam ou desprezam os malefícios causados pelo tabaco.

Suspeitamos que os pacientes que estudamos não possuíam um estilo de vida saudável a um cardiopata, já que 63,2% desses já haviam sido internados outras vezes por diagnóstico clínico de AI, e que 40,4% dos indivíduos avaliados já haviam sido submetidos a procedimento de cateterismo cardíaco, sendo que o trabalho de Santos (2006) identificou apenas 10,9% de angina instável recorrente.

Os antecedentes familiares surgiram em menor freqüência, talvez pelo fato de muitos não saberem afirmar a presença de cardiopatias em seus ascendentes familiares. A ocorrência anterior de infarto agudo do miocárdio (IAM) foi referida por 22,8% dos pacientes. Entre as variáveis clínicas de interesse, a história de IAM prévio tem sido demonstrada como sendo um fator prognóstico de eventos adversos para outras doenças isquêmicas do coração, aumentando assim o risco na angina instável (MARKMAN FILHO et al., 2006).

A Menopausa foi atingida por 21 das 22 mulheres contidas na amostra, representando como um fator de risco aparentemente significativo para este grupo. Oliveira; Mancini Filho (2005) verificaram em seus estudos uma prevalência maior de mulheres com idade avançada em relação aos homens entre os pacientes com as formas aguda e crônica da doença isquêmica do coração. Afirmaram também que as mulheres que atingiram ou ultrapassaram o período da menopausa, além da tendência ao ganho de peso, também estão susceptíveis a apresentar alterações no metabolismo lipídico, acarretando a essa população, um perfil altamente favorável à aterogênese, e, conseqüentemente, a doenças isquêmicas do coração, como a angina instável.

A redução estrogênica peculiar da menopausa favorece o surgimento da obesidade central, a qual pode desencadear complicações metabólicas, indicativos de risco para ocorrência de eventos clínicos da doença arterial coronariana (ARMAGANIJAN; BATLOUNI, 2000).

Os riscos cardiovasculares associados à obesidade crescem com o índice de massa corporal (IMC), reconhecido como um indicador simples da gordura total do organismo e como padrão internacional para avaliar o grau de obesidade (JARVIS, 2002). Observou-se elevação do risco cardiovascular com o aumento do IMC em um estudo com 474 indivíduos obesos (CERCATO et al., 2000). Em contra-partida, o exercício regular está associado à redução da prevalência de doença arterial coronariana, diabetes melito e obesidade (TEIXEIRA et al., 2006).

A média do IMC dos pacientes avaliados foi de 26,53 kg/m² (índice de sobrepeso), ressaltando porém que 75% desses obtiveram IMC de até 30,59 kg/m² (índice de obesidade 1), segundo Bray; Gray (1988). Em pessoas com maior volume de tecido adiposo, são necessárias adaptações hemodinâmicas para suportar o intenso metabolismo e o consumo elevado de oxigênio, daí o risco de sobrecarga cardíaca e a discrepância entre a demanda e o consumo de oxigênio, favorecendo a ocorrência de AI (ROCHA et al., 2007).

Há muito se sabe que as pessoas diferem entre si em relação à localização da gordura corpórea. Homens, em particular, tendem a ter maior proporção de gordura abdominal, as mulheres, por outro lado, tendem a ter maior quantidade de gordura na região glútea. O padrão de local de acúmulo de gordura pode ser avaliado pela razão abdominal/glútea, obtida pela divisão das medidas dos

perímetros da cintura e do quadril, obtendo a relação cintura/quadril (RCQ) (BRAY, 1989).

A relação cintura-quadril (RCQ) é considerada outro importante designativo da obesidade abdominal, apresentando assim, relação com o risco de desenvolvimento de distúrbios isquêmicos do coração, como a Angina Instável (WOODS; FROELICHER; MOTZER, 2005). A média da RCQ nos pacientes examinados foi de 0,99. Este valor médio representa risco alto para doenças cardiovasculares, independentemente da idade e do sexo (BRAY; GRAY, 1988).

A I Diretriz de Dor Torácica na Sala de Emergência recomenda que o tratamento inicial das síndromes coronarianas agudas ou isquemias miocárdicas tem como objetivo agir sobre os processos fisiopatológicos que ocorrem e suas conseqüências, e compreende: 1) contenção ou controle da isquemia miocárdica; 2) recanalização coronariana e controle do processo aterotrombótico. No caso da contenção ou controle da isquemia miocárdica, contemplamos oxigenioterapia; analgesia e sedação; nitratos; betabloqueadores; antagonistas ou bloqueadores dos canais de cálcio (VOLSCHAN et al, 2002).

Em nosso trabalho, houve, em geral, congruência entre os medicamentos utilizados para contenção e controle da isquemia e os recomendados pela diretriz citada, não sendo observado, contudo, o uso de oxigenioterapia a nenhum dos pacientes avaliados, pelo menos durante a coleta de dados. O medicamento de uso mais comum, no entanto, foi o captopril (medicação inibidora da ECA), não referido pela diretriz, porém prescrito para 80,7% dos pacientes. Talvez isso se explique pela elevada freqüência de HAS entre os participantes da pesquisa, em uma tentativa de evitar danos mais severos causados por esta. Ainda em relação aos anti-hipertensivos, identificamos o propranolol, representante dos betabloqueadores. A analgesia em si foi pouco utilizada, porém o uso de sedativo foi percebido em 28,1% (diazepam). O nitrato mais comum foi propatilnitrato (sustrate) e, para controle do processo aterotrombótico, utilizou-se largamente o ácido acetilssalicílico (75,4%).

A obtenção dos dados de base dos pacientes configurou-se fundamental no delineamento inicial do perfil investigado, e auxiliou na formulação dos dados discutidos a seguir sobre as fases do processo de enfermagem que fizemos uso.

Garcia; Nóbrega (2004) entendem o processo de enfermagem como um instrumento metodológico que nos possibilita identificar, compreender, descrever, explicar e/ou prever como nossa clientela responde aos problemas de saúde ou aos processos vitais, e determinar que aspectos dessas respostas exigem intervenção profissional.

Dentre as etapas dessa tecnologia, detivemos-nos aqui em avaliar a do diagnóstico de enfermagem. Dentre os mais expressivos que identificamos estão: Risco de Quedas; Dor Aguda; Padrão do Sono Perturbado; Intolerância à Atividade; Estilo de Vida Sedentário; Controle Ineficaz do Regime Terapêutico; Constipação.

O diagnóstico de enfermagem de Risco de quedas é definido como a suscetibilidade para quedas que podem causar dano físico (NANDA, 2006, p.169). Foi o diagnóstico de enfermagem mais comum entre os pacientes do estudo e o promovido pelos fatores de risco mais freqüentes identificados na pesquisa, sendo mais relacionado à presença de doença aguda (angina instável) em si e de doença cardiovascular do que à idade dos pacientes. Verificamos que havia sete vezes mais chance dos pacientes com HAS de desenvolver o diagnóstico em questão.

Averiguamos, porém, que o medicamento mais utilizado por esses indivíduos para conter a isquemia era o anti-hipertensivo Captopril, e este foi o representante maior do fator de risco Uso de medicação inibidora da ECA, presente em 68,4% dos pacientes portadores do diagnóstico descrito, haja vista que esse medicamento pode provocar vertigem, síncope e dor no peito, originadas por seu efeito hipotensor (CAETANO e col., 2006).

O diagnóstico de enfermagem Dor aguda é definido como a experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão; início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível e duração de menos de seis meses (NANDA, 2006, p.90). Foi identificado em 82,5% dos pacientes, e seu fator relacionado, Agente lesivo biológico, foi o mais freqüente, sendo exclusivo deste diagnóstico.

Chamou-nos a atenção o fato de que o tratamento clínico recomendado pelas Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível no Segmento ST PARTE I (NICOLAU et al., 2001) prescreve o uso de oxigenioterapia e analgesia para conter a dor desses pacientes. Notamos, no entanto, que estes dois estavam presentes de maneira

discreta ou nem estavam presentes (oxigenioterapia) nas prescrições médicas a que tivemos acesso, sendo a Dor aguda, o sintoma mais incisivo na angina instável (WOODS; FROELICHER; MOTZER, 2005).

O diagnóstico Padrão de sono perturbado significa distúrbio, com tempo limitado, na quantidade ou qualidade do sono (suspensão natural, periódica da consciência) (NANDA, 2006, p.213). Esteve presente em 57,90% dos participantes. Lopes; Araújo (1999) trazem em seu estudo problemas semelhantes ao diagnóstico Padrão de sono perturbado, referentes ao repouso, em 41,6% dos pacientes que avaliaram.

O diagnóstico teve associação moderada com Mudanças do sono relacionadas ao envelhecimento, peculiar a si e associação forte com Insônia ou falta de sono, fator de risco do diagnóstico Risco de quedas, os dois fatores indicando chance maior de desenvolvimento do diagnóstico em questão. O primeiro fator pode ser explicado pela média de idade de nossos pacientes (\pm 60 anos) e pelas conseqüências que a senescência traz ao sono e repouso.

Geib; Cataldo Neto; Wainberg; Nunes (2003) asseveram que a maioria dos idosos têm queixas relacionadas ao sono decorrentes de mudanças fisiológicas específicas do processo de envelhecimento ou de doenças que podem causar distúrbios secundários de sono. Garantem, também, que a grande parte dos distúrbios de sono deste grupo de pessoas é clinicamente importante, mas tratável por medidas não-farmacológicas, que incluem a orientação sobre rotinas e rituais de sono, atividades de vida diária e condições ambientais.

O diagnóstico de enfermagem Intolerância à atividade é definido como energia fisiológica ou psicológica insuficiente para suportar ou completar as atividades diárias requeridas ou desejadas (NANDA, 2006, p. 33). Foi identificado em 49,13% dos pacientes, relacionado de maneira mais freqüente ao fator Desequilíbrio entre a oferta e a demanda de oxigênio, fundamento fisiopatológico da Angina Instável. Esteve presente de forma similar em 41,66% dos participantes do estudo de Lopes; Araújo (1999), com o estímulo Diminuição do suprimento sangüíneo ao músculo cardíaco, semelhante ao fator relacionado que identificamos.

Verificamos associação entre esse diagnóstico e a variável sociodemográfica sexo (associação fraca), indicando que as pessoas do sexo feminino têm mais

chance de desenvolver Intolerância à atividade. Essa afirmação pode ser confirmada pela associação do diagnóstico com a variável Menopausa (associação fraca), indicando que mulheres menopausadas têm mais chance de desenvolver Intolerância à atividade. Isso pode ocorrer pelo fato de que a depleção dos níveis de estrógeno, intrínseca à Menopausa, deixa as mulheres mais suscetíveis à osteoporose e a doenças cardiovasculares (MONTILLA; MARUCCI; ALDRIGHI, 2003).

Observamos relação entre os diagnósticos de enfermagem Intolerância à atividade e Estilo de vida sedentário, com associação moderada, no sentido de que pacientes que apresentaram Estilo de vida sedentário têm menos chance de desenvolver Intolerância à atividade. De forma semelhante, ocorreu relação entre o diagnóstico de Intolerância à atividade e o fator relacionado Falta de interesse por atividade física. Isso é, no mínimo, contraditório, porquanto se sabe que a preferência por não fazer exercício físico pode provocar, dentre outras conseqüências, a diminuição do tônus muscular, o enfraquecimento ósseo e o mau condicionamento, fatores importantes para o desencadeamento de doenças que promovem a Intolerância à atividade. O estudo de Lopes; Araújo (1999) evidenciou a Intolerância à atividade como problema comum desses pacientes, e, para este problema, identificou como estímulos contextuais a não-realização de exercícios físicos e a diminuição do tônus muscular.

Encontramos associação entre o diagnóstico de Intolerância à atividade e os fatores relacionados/ de risco: Uso de medicação anti-hipertensiva; Presença de doença vascular; Uso de medicação inibidora da enzima conversora da Angiotensina.

A relação entre o diagnóstico de enfermagem Intolerância à atividade e o uso de medicação anti-hipertensiva pode ser esclarecida pelo fato de que o Propranolol, um dos agentes anti-hipertensivos mais utilizados pelos pacientes, promove, dentre outras reações, dispnéia, dor articular, parestesia e mais avidamente fadiga ou fraqueza (CAETANO e col., 2006) Os mesmos autores justificam a relação entre a Intolerância à atividade e o Uso de medicação inibidora da enzima conversora da Angiotensina. A explicação reside no fato de que este grupo de medicamento, exemplificado no nosso caso pelo captopril, provoca reações como fraqueza, só que de maneira discreta.

A presença de uma doença vascular, como em nossa pesquisa, a hipertensão arterial, tem especial relação com o diagnóstico de enfermagem Intolerância à atividade já que uma de suas conseqüências é a aceleração do acúmulo da aterosclerose nas artérias, diminuindo a luz desses vasos, sendo um de seus alvos as artérias coronárias. Além disso, a hipertensão é uma das responsáveis pela reatividade vascular prejudicada, ou seja, pelo desgaste da elasticidade vascular (WOODS; FROELICHER; MOTZER, 2005). Isso explica que este pode ser um dos agravantes do fator relacionado Desequilíbrio entre a oferta e a demanda de oxigênio, referente ao diagnóstico em foco.

O diagnóstico Estilo de vida sedentário foi manifestado por 28,07% dos casos e refere-se a um hábito de vida que se caracteriza por baixo nível de atividade física (NANDA, 2006, p.112). O sedentarismo é considerado um dos principais fatores de risco para Doenças Cardiovasculares, apresentando elevada prevalência em países do Primeiro Mundo (BAPTISTA, 2000). Neste mesmo estudo, concluiu-se que somente a atividade física atual está associada ao efeito protetor cardiovascular. A interrupção da prática regular de exercícios implicaria a perda deste efeito protetor.

Observamos que o diagnóstico Estilo de vida sedentário apresentou associação com os fatores relacionados / risco: Desequilíbrio entre a oferta e a demanda de oxigênio, Presença de doença aguda e Falta de interesse, sendo que houve associação negativa entre esse e os dois primeiros fatores e que o último é peculiar a si. Talvez se expliquem as duas primeiras associações negativas quando consideramos que pacientes que apresentam desequilíbrio entre a oferta e sua necessidade de oxigênio ou que são portadores de doença aguda não conseguem executar exercícios físicos por debilidade física e não por desinteresse, sendo que este último é um dos fundamentos do diagnóstico Estilo de vida sedentário.

Constatamos que os pacientes portadores do diagnóstico Estilo de vida sedentário eram, em sua maioria, mais novos e com maior renda familiar que os não-portadores. Pitanga; Lessa (2005) encontraram resultados semelhantes em seu estudo que avaliou a prevalência de fatores associados ao sedentarismo no lazer em adultos. Contemplamos na sociedade atual jovens e adultos cada vez mais atraídos pelas fontes tecnológicas de lazer e mais atribuições cotidianas, não lhes sobrando tempo, nem ânimo, para realizar atividade física, o que os torna mais

sedentários e mais suscetíveis a doenças cardíacas (HALLAL; BERTOLDI; GONÇALVES; VICTORA, 2006).

Controle ineficaz do regime terapêutico é um diagnóstico de enfermagem que tem como definição o padrão de regulação e integração na vida diária de um programa de tratamento de doenças e seqüelas de doenças que é insatisfatório para atingir objetivos específicos da saúde. (NANDA, 2006, p. 69) Esteve presente em 26,31% dos participantes e pode ser qualificado como o demonstrativo da não-adesão ao tratamento extra-hospitalar por parte desses pacientes, o que explicaria, em parte, a alta taxa de reinternação. Retrata principalmente, em nosso estudo, os casos dos pacientes que descreveram dificuldade de abolir hábitos como etilismo, tabagismo, o consumo de café ou sal, o que poderia explicar, em parte a alta freqüência de reinternações.

O diagnóstico de enfermagem Constipação é apresentado como a diminuição na freqüência normal de evacuação, acompanhada por dificuldade ou passagem incompleta das fezes e/ou passagem de fezes excessivamente duras e secas. (NANDA, 2006, p. 60). Foi manifestado por 24,57% dos pacientes. Resultado similar foi observado por Lopes; Araújo (2000), encontrando-o em 20% de mulheres com angina *pectoris*. Pessoas do sexo masculino e mulheres que atingiram a menopausa apresentaram mais chance de desenvolver Constipação. No estudo desenvolvido por Oliveira et al. (2005), a prevalência de constipação intestinal em mulheres na pós-menopausa foi elevada, constatando-se freqüência de evacuações menor do que três vezes por semana.

Diante do que foi discutido, percebemos que nossos achados, no geral, concordam com a literatura vigente, ou, em alguns poucos casos, divergem, provavelmente com basea em acontecimentos isolados e que necessitem de amadurecimento.

6. CONCLUSÕES

Com relação aos aspectos sociodemográficos, verificamos que estes pacientes são predominantemente do sexo masculino, com idade, em média, de 61 anos, sem companheiro, originários do interior do estado do Ceará e procedentes da capital do estado. Têm renda familiar próxima a 650 reais, tendo estudado por volta de quatro anos, pertencentes à religião católica e, na sua maioria, aposentados. O tempo de internamento desses pacientes até a coleta dos dados foi, em média, de cinco dias e estavam, em sua maioria, no primeiro episódio de Angina Instável.

As principais características clínicas de base presentes foram: hipertensão arterial, fumo, cateterismo cardíaco anterior e menopausa, havendo, esta última, sido atingida pela quase totalidade das mulheres. Percebemos que a angina instável é um agravo de saúde agudo em sua definição, contudo, crônico em seus principais fatores predisponentes: hipertensão, diabetes, fumo; e que, diante disso, deve ser encarado e tratado não apenas como um episódio isolado, mas como a agudização de problemas graves e clássicos da saúde humana moderna, necessitando, por isso, ser confrontado com ações de Educação para a Saúde que visem, incisivamente, a mudanças profundas no estilo de vida das pessoas.

Notamos que a maior parte dos pacientes com angina instável estava acima do peso ideal para a altura e a compleição corporal, e que a média da relação cintura-quadril desses indivíduos estava dentro do risco considerado alto, independentemente do sexo e da idade.

Constatamos que esses pacientes apresentavam, em média, cinco diagnósticos de enfermagem, doze características definidoras, quatro fatores relacionados e sete fatores de risco. Os diagnósticos de enfermagem mais frequentes tiveram surgimento conseqüente ou favorecido pelo quadro anginoso, sendo que os diagnósticos de risco apresentaram freqüência expressiva, salientando o Risco de quedas como o mais presente. Os fatores relacionados mais encontrados estavam relacionados aos diagnósticos de Dor aguda, Intolerância a atividade, Padrão de sono perturbado e Estilo de vida sedentário. Constatamos, ainda, que todos os fatores de risco identificados acima do P75 eram relativos ao diagnóstico Risco de quedas.

Verificamos que o diagnóstico Risco de quedas foi o que apresentou o maior número de associações fortes com fatores relacionados / de risco o que indica que a enfermagem deve estar atenta aos medicamentos prescritos para essas pessoas e às condições ambientais das enfermarias. Esses foram os principais fatores determinantes desses diagnósticos, sabendo que a queda pode tanto agravar o quadro do paciente como provocar outras condições de doença, além de aumentar seu tempo de internação no hospital.

Percebemos a alta frequência do diagnóstico Dor aguda e do fator de risco para DAC, hipertensão arterial, e notamos que não há o hábito de registro da ocorrência de dor nesses indivíduos, mesmo sendo o primeiro um sintoma intrínseco à angina instável. Diante desse fato, sugerimos a formulação de um protocolo de registro da dor anginosa e um específico para controle da pressão arterial, por parte da enfermagem, que possa caracterizar a AI, a fim de identificar precocemente sua evolução ou mesmo sua progressão para outros quadros isquêmicos.

Por outro lado, com referência ao julgamento diagnóstico, percebemos que aqueles listados pela taxonomia e que identificamos não conseguiram alocar, em sua completude, as características definidoras manifestadas pelos participantes do estudo. Este fato nos leva a sugerir estudos extensivos sobre a temática “diagnósticos de enfermagem” a fim de, progressivamente, tornar o rol de respostas humanas da taxonomia II da NANDA cada vez mais abrangente.

Em todos estes casos, o processo de inferência diagnóstico seguiu a idéia de concordância entre a pesquisadora e o orientador, com base nos dados coletados e considerados confiáveis.

Indicamos que a enfermagem está atuando de maneira vigorosa nos atendimentos ambulatoriais e mesmo até domiciliários, fundamentada nos conceitos de promoção da saúde. Dessa forma, vem utilizando os princípios de Educação para a Saúde, tentando modificar o estilo de vida desses pacientes com vistas a abolir os fatores de risco para DAC que identificamos em nosso estudo e que são os grandes responsáveis pela alta frequência de reinternações observada na prática.

Sugerimos que se faça uma reavaliação do risco/benefício do uso do captopril como agente anti-hipertensivo para pacientes anginosos, já que o emprego desse fármaco figurou como importante fator de risco para o diagnóstico mais freqüente:

Risco de quedas. Sugerimos que este medicamento possa ser substituído por um de finalidade equivalente, já que este também não está entre os mais indicados pela Diretriz de Dor Torácica na Sala de Emergência.

Acreditamos ser fundamental a execução de mais estudos científicos não só com relação à AI, mas também alusivos a outras doenças isquêmicas miocárdicas, ou, pelo menos, referentes às doenças cardíacas mais comuns da instituição onde foi executado o estudo, já que esta tem intenção de implantar e manter a sistematização da assistência da enfermagem.

É válido ressaltar que um aspecto da pesquisa com diagnósticos de enfermagem, que desperta o interesse de pesquisadores nacionais e internacionais, são as investigações que visam a analisar o poder de predição dos indicadores clínicos de diagnósticos de enfermagem. Esses estudos são utilizados para, posteriormente, fundamentar intervenções que permitam prevenir a ocorrência de diagnósticos e buscar reverter quadros já instalados.

Pretendemos tornar públicos os nossos achados, não só para a sociedade acadêmica como também para a assistencial, na tentativa de conscientizá-las sobre a importância de registrar ações e realizar estudos deste tipo, incentivando-as a conhecer, de maneira científica, os pacientes a quem prestamos cuidados.

É válido destacar, todavia o fato de que tivemos algumas dificuldades no percurso de nossa pesquisa. Nossa primeira limitação diz respeito à dificuldade de quantificar o número de atendimentos a pacientes com AI ou mesmo de semelhantes, por falta de livros de registros referentes a certos meses do ano antecedente à pesquisa, o qual seria utilizado como respaldo para o cálculo da amostra.

Outro percalço relaciona-se às freqüentes e repentinas transferências de pacientes para outras instituições, por conta de reforma em setores de exames do hospital do estudo, o que, em alguns casos, interferia no momento da coleta de dados. Além disso, muitos prontuários estavam sem os resultados dos exames laboratoriais, o que nos privou de termos material para a identificação de possíveis características definidoras.

As dificuldades vivenciadas, contudo, não figuraram como empecilho para a realização deste estudo, porquanto acreditamos que as barreiras metodológicas são comuns aos trabalhos científicos e terminam por aprimorar o caráter do pesquisador.

Diante de tudo o que foi exposto, cremos que fomos além de nossos objetivos iniciais, já que, por meio deste trabalho, que se propôs avaliar diagnósticos de enfermagem, conseguimos identificar as respostas humanas mais comuns desta população e tivemos a oportunidade de identificar aspectos do cuidado ao paciente anginoso, possíveis de serem aprimoramento.

Estes aspectos são: uma maior atenção dos enfermeiros que deve ser dispensada às prescrições de medicamentos, para discutir a melhor terapêutica que atenda às necessidades desses pacientes, mas que não favoreça os riscos de problemas de saúde como risco de quedas ou constipação, por exemplo. Outro aspecto é a necessidade de aperfeiçoamento das ações de Educação para a Saúde, que objetivem mudar estilo de vida dessas pessoas, diminuindo assim as chances de reinternações; ações estas que devem, sempre que possível, transpor os limites do hospital e seguir atendimentos domiciliares, com vistas a desenvolver ações baseadas no cotidiano do paciente.

Acreditamos que a autonomia de uma profissão é alcançada a partir dos resultados de suas ações e de como essas ações conseguem modificar positivamente a realidade. Desta forma, almejamos que os resultados aqui apresentados possam servir como fundamento científico para a organização de intervenções específicas, a partir do contexto de vida do próprio paciente, e como incentivo para outras pesquisas dessa natureza, porquanto o paciente portador de angina instável foi estudado em sua totalidade. Com isso, esperamos ter contribuído para o alcance da independência intelectual e prática da Enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. STANDARDS OF MEDICAL CARE IN DIABETES. **Diabetes Care**, v. 28, supl. 1,2005.

ARMAGANIJAN, D.; BATLOUNI, M. Impacto dos fatores de risco tradicionais. **Rev Soc Cardiol.**, v. 10, p. 686-693, 2000;.

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA (AMIB). **Recomendações da Associação de Medicina Intensiva Brasileira sobre analgesia, sedação e bloqueio neuromuscular em terapia intensiva.** Disponível em: <http://www.cefir.com.br/artigos/vm_adulto/45.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2005.

BARROS, A.L.B.L. **Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto.** Porto Alegre: Artmed, 2002. 272p.

BAPTISTA, P. B. Atividade física e coração: Epidemiologia da atividade física. **Rev SOCERJ.** v.13, n. 4, p. 17-18.

BLANCO, B. B.; BORREGO, M. J. A. Diferentes aspectos del dolor en el paciente cardiológico. Boletín informativo de la AEEC <**Enferm Cardiol**> v. 6, n. 16, p. 12-16, 1999.

BRASIL. Conselho nacional de saúde. Resolução 196/96. Decreto nº93.333 de janeiro de 1987. **Estabelece critérios sobre pesquisas envolvendo seres humanos.** Bioética. 1996; 4 supl. 2:15-25.

BRASIL. DATASUS. **Dados sobre doenças isquêmicas miocárdicas.** Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/miuf.def>>. Acesso em: 05 mar. 2007

BRAUNWALD, E. **Tratado de Medicina Cardiovascular.** 6.ed. São Paulo: Roca, 2003. v.2, p. 935-2139.

BRAY, G. A. Classification and evaluation of the obesities. **The Med. Clin. of Nor. Amer.**v. 73, p. 161-184, 1989. Disponível em: <<http://www.medical.theclinics.com/>> Acesso em: 22 set. 2005.

BRAY, G.A.; GRAY, D.S. Obesity. Part I: Pathogenesis. **Wes. Jour. of Med.**, vol 149 p. 429-441, 1988. Disponível em: <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1026533>> Acesso em: 22 set. 2005.

CAETANO, N. e col. BPR - **Guia de Remédios em Linguagem Clara.** 8. ed. São Paulo: Escala, 2006. 704p.

CARVALHO, A.L.B. **Diagnósticos de enfermagem em pacientes transplantados renais de um hospital universitário de Fortaleza-CE**. 2005. 105p. Dissertação (Mestrado), Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2005.

CERCATO, C. et al . Risco cardiovascular em uma população de obesos. **Arq Bras Endocrinol Metab.**, v. 44, n. 1, p. 45-48, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000427302000000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 mar. 2007.

CHIANCA, T.C.M. Os sistemas de classificação dos elementos da prática na pesquisa em enfermagem. In: SINADEN 7. 2004, Belo Horizonte – MG. Belo Horizonte: ABEn – MG, 2004. p.98-105.

DESPAIGNE, N. D; DESPAIGNE, G. M.; BUSTILLO V. D. et al. Hábito de fumar como factor predisponente en cardiópatas. **Rev Cubana Enfermer**, v.19, n.2, p.0-0, 2003. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192003000200003&script=sci_arttext> Acesso em: 30 out. 2005.

DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 5. Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC); Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH); Sociedade Brasileira de Nefrologia. 2006; São Paulo.

FERRÉIROS, E. R. et al. Impacto del tabaquismo en la evolución de los pacientes internados por síndromes isquémicos agudos. **Rev. Argent. Cardiol**, v. 72, n.1, p. 14-20, 2004. Disponível em: <<http://www.sac.org.ar/rac/buscador/2004/v1/car1-6.pdf>> Acesso em: 16 mar. 2007

FORTES, A. N .; MARTINS da S. V.; LOPES, M. V. de O. Problemas de adaptación fisiológica en personas con angina. **Cult de los Cuid.**, v. 10, n. 9, p. 87-92, 2006.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Processo de enfermagem e os sistemas de classificação dos elementos da prática profissional: instrumentos metodológicos e tecnológicos do cuidar. In: SANTOS et al. **Enfermagem Assistencial no Ambiente Hospitalar: realidade, questões, soluções**. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 37-63

GEIB L. T. C.; CATALDO NETO, A.; WAINBERG, R.; NUNES, M. L. Sono e envelhecimento. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, v.25, n.3, p. 453-465, 2003.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1996.

GORDON, M. **Nursing diagnosis: process and application**. St. Louis (MO): Mosby; 1994. 421p.

HALLAL, P. C.; BERTOLDI, A. D.; GONÇALVES H.; VICTORA C. G. Prevalência de sedentarismo e fatores associados em adolescentes de 10-12 anos de idade. **Cad. Saúd Púb**, v.22, n.6, p. 109-118, 2006.

HULLEY, S. B.; CUMMINGS, S.R.; BRAUNER, W. S.; GRADY, D.; HEARST, N.; NEWMAN, T. B. **Delineando a Pesquisa Clínica: uma abordagem epidemiológica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. 374p.

IGLEZIAS, José Carlos R. et al . Preditores de mortalidade hospitalar no paciente idoso portador de doença arterial coronária. **Rev Bras Cir Cardiovasc.**, São José do Rio Preto, v. 16, n. 2, p. 94-104, 2001. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066782X2005000400015&script=sci_arttext&lng=pt Acesso em: 05 nov. 2004.

JARVIS, C. **Exame físico e avaliação de saúde**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2002. 924p.

LOPES, M. V. O .de; ARAÚJO, T. L. de Problemas comuns de adaptação fisiológica em mulheres com Angina *Pectoris*. **Cogitare Enferm.**, v. 4, n. 1, p. 7-14, 1999.

LOPES, M. V. O .de; ARAUJO, T. L. Diagnósticos de enfermagem em mulheres com Angina *Pectoris*. **Rev. RENE**, v. 1, n.1, p. 14-22, 2000.

MARKMAN FILHO, B. et al. Estratificando o risco na angina instável com a ecocardiografia sob estresse com dobutamina. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 87, n. 3, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2006001600011&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 13 Mar 2007.

MATTOS, M. A. de; LOUGON, M. T.; B. R., PEREIRA, B. de B. Depressão e Síndrome Isquêmica Coronariana Aguda. **Rev. SOCERJ.**, v. 18 , n. 4, p. 288-294, 2005.

MOLINA, M. del C. B. et al. Hypertension and salt intake in an urban population. **Rev. Saúde Pública**, v.37, n.6, p.743-750. 2003.

MONTILLA, R. das N. G.; MARUCCI, M. de F. N.; ALDRIGHI, J. M. Nutritional status and food intake assessment of climacterics women. **Rev. Assoc. Med. Bras**, v. 49, n.1, 2003. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010442302003000100040&lng=es&nrm=iso Acesso em: 1 mar. 2007.

North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificação 2005-2006**. Porto Alegre: Artmed, 2006, 312p.

North American Nursing Diagnosis Association. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificação 1999-2000**. Porto Alegre: Artmed, 2000, 300p.

NICOLAU, J. C. et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST: PARTE I Estratificação de Risco e Condutas nas primeiras 12 horas após a chegada do paciente ao Hospital. **Arq. Bras. Cardiol.**, vol.77, supl.2, p.3-23, 2001

O'CONNELL, B; RAPLEY, P; TIBBETT, P. Does the nursing diagnosis form the basis for patient care? **Journ. Collegian.**, v. 6, n.3, p.:29-34, 39, 1999.

OLIVEIRA, A. de; MANCINI FILHO, J. Nutritional status and lipid profile of postmenopausal women with coronary heart disease. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 84, n. 4, p. 325-329, 2005.

OLIVEIRA, S. C. M. de et al. Constipação intestinal em mulheres na pós-menopausa. **Rev. Assoc. Med. Bras.** v.51, n.6, 2005. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-28032005000100007&script=sci_arttext
Acesso em: 10 mar. 2007

Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Relatório mundial/ Organização Mundial da Saúde (OMS). Brasília, 2003.

PARADISO, C.P. et al. **Série de estudos em enfermagem: Líquidos e Eletrólitos.** 1ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1998. 162p.

PASSOS, L.C.S.; LOPES, A.; COSTA, U. Difference in the hospital mortality of unstable angina between men and women. **Org. Bras. Card.**, v. 72, n. 6, p. 673-676, 1999.

PEIXOTO, D. da S. et al . Pacientes com angina instável tratados por meio de intervenções coronarianas percutâneas no novo milênio: o que os caracteriza?. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 88, n. 1, p. 26-30, 2007.

PÉRES, D.S. ; MAGNA, J. M. ; VIANA, L. A. . Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Rev. Saúde Pública**, vol.37, no.5, p.635-642, 2003.

PIMENTA, C. A. de M. et al. O ensino da avaliação do paciente: delineamento do conteúdo pelo diagnóstico de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v. 1, n. 2, p. 69-76, 1993.

PITANGA, F. J. G.; LESSA, I. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo no lazer em adultos. **Cad. Saúde Pública.**, v.21 n. 3, p.870-877, 2005.

ROBBINS, S.L., COTRAN, R.S., KUMAR, V. **Fundamentos de patologia estrutural e funcional.** 6.ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. 2001, 766p.

ROCHA, I. E. G. M. et al. Avaliação ecocardiográfica em obesos graves assintomáticos. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.88, n.1, p.52-58, 2007.

ROUQUAYROL, M.Z; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde.** 6.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. 728p.

SAAD, E. S. Prevenção Primária e Secundária da Aterosclerose: perspectivas atuais e futuras. **Rev. SOCERJ.** , v.17 , n.2 , p.112-132 , 2004.

SANTOS, E. S. dos et al . Registro de síndrome coronariana aguda em um centro de emergências em cardiologia. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 87, n. 5, 2006.

SANTOS, J. J.; PELLANDA, L. C.; CASTRO, I. A dor torácica em mulheres no atendimento de emergência: conduta e evolução. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 51, n. 1, 2005. Disponível em: www.scielo.br/pdf/ramb/v51n1/a16v51n1.pdf Acesso em: 12 abr. 2006

SBC – Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretrizes de doença coronariana crônica angina estável. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.83, supl.2 . 2004.

SILVA, S. S. da. **Angina pectoris instável: perfil de clientes de uma instituição privada.** 2003, 102p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto, 2003.

STUCHI, R. A. G.; CARVALHO, E. C. de. Crenças dos portadores de doença coronariana, segundo o referencial de Rokeach, sobre o comportamento de fumar. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v. 11, n. 1, p. 74-79, 2003.

TEIXEIRA, M. et al . Efeitos do exercício agudo na lipemia pós-prandial em homens sedentários. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 87, n. 1, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066782X2006001400002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 13 Mar 2007.

TORTAJADA, C. R. Creencias y percepciones de los cuidadores, formales e informales, del enfermo en cardiopatía isquémica. **Rev Enferm Cardiol**, v. 29 n. 28 p. 30-34, 2003.

VOLSCHAN, A. et al . I Diretriz de Dor Torácica na Sala de Emergência. **Arq. Bras. Cardiol.** , v.79, n.2 . 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066782X2002001700001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 mar. 2007.

WOODS, S. L.; FROELICHER, E. E. S.; MOTZER, S. U. **Enfermagem em cardiologia.** 4. ed. Barueri: Manole, 2005, 1077 p.

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS BASEADO NA TAXONOMIA II DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA

1) IDENTIFICAÇÃO:

1.Nome: _____

2.Admissão: ____/____/____

3.Diagnóstico médico clínico: _____

4.Tempo de internação hospitalar: _____

5. Número do prontuário: _____

6. Idade: _____

7. Sexo: 1.() Masculino 2. () Feminino

8. Raça: 1.() Branca 2. () Pardo 3. () Negro 4. () Amarelo 5. _____

9. Presença de companheiro: 1. () Com companheiro 2. () Sem companheiro

10.Número de filhos: _____

11.Naturalidade: _____

12. Procedência: _____

13. Religião: _____

14. Escolaridade: _____

15.Ocupação: _____

16. Renda familiar: _____

17. Fatores de risco para IAM: 1. () HAS 2. () DM 3. () Menopausa

4. () Hipercolesterolemia 5. () Etilismo 6. () Drogas ilícitas 7. () Fumo

8. () Anticoncepcional 9. () Uso abusivo de café

18.Doenças_pregressas: _____

19. Medicamentos prescritos: _____

2) DOMÍNIO 1: PROMOÇÃO DA SAÚDE

2.1 CLASSE 2- CONTROLE DA SAÚDE

Você fazia algum tratamento antes da hospitalização: 1. () Sim 2. () Não

Se sim, como você seguia o tratamento: _____

Dificuldades: _____

Mudanças relacionadas aos sintomas: _____

Satisfação no tratamento: _____

Influência da família no tratamento: _____

Medicações em uso:

Problemas relacionados ao uso das medicações:

1. () Náusea

4. () Soluço

2. () Vômito

5. () Diarréia

3. () Desconforto abdominal

6. () Outros: _____

3) DOMÍNIO 2: NUTRIÇÃO

3.1 CLASSE 1: INGESTÃO

* Anterior

Dieta :

1. () Hipossódica 2. () Hiperssódica 3. () Hipocalórica

4. () Hipercalórica

5. () Hipolipídica 6. () Hiperlipídica 5. () Hiperglicêmica

6. Outras: _____

Número de refeições/dia: _____

Maior concentração: 1. () Manhã 2. () Tarde 3. () Noite

Episódio de êmese: 1. () Não

2. () Sim Freqüência _____ Causa _____

Náuseas: 1. () Não

2. () Sim Freqüência _____ Causa _____

* Atual

Condição atual do apetite

() Aumentada

2. () Diminuída

3. () Conservada

Sensibilidade gustativa: 1. () sem alterações 2. () diminuída

Dificuldade para mastigar os alimentos: 1. () Sim 2. () Não

Dificuldade para engolir os alimentos: 1. () Sim 2. () Não

Episódio de êmese: 1. () Não

2. () Sim Freqüência _____ Causa _____

Náuseas: 1. () Não

2. () Sim Freqüência _____ Causa _____

Queixas: 1. () Pirose 2. () Soluço 3. () Sensação de plenitude 4. () Boca amarga

5. () Outras: _____

Tipo morfológico:

1. () Brevilíneo 2. () Normolíneo 3. () Longilíneo

Circunferência do braço: _____ cm

Circunferência da cintura: _____ cm

Circunferência do quadril: _____ cm

Peso: _____ Kg

Altura: _____ cm

IMC: _____

Cálculo:

$$\frac{\text{Peso}}{(\text{Altura})^2} =$$

3.1 CLASSE 5: HIDRATAÇÃO

* Anterior

Ingesta típica de líquidos: _____

Quantidade ingerida/ dia: _____

* Atual

Turgor da pele: 1. () Hidratada 2. () Desidratada 3. () Fria 4. () Pegajosa

Turgor das mucosas: 1. () Hidratada 2. () Desidratada


Sede: 1. () Sim 2. () Não

Ingesta de líquidos: _____

Quantidade ingerida/ dia: _____

Maior concentração: 1. () Manhã 2. () Tarde 3. () Noite

4) DOMÍNIO 3: ELIMINAÇÃO**4.1 CLASSE 1: SISTEMA URINÁRIO**

Diurese: 1. () Espontânea  () Fraldas
 () Aparadeira / Papagaio

2. () SVD Motivo: _____

3. () Cistostomia Motivo: _____

Frequência de micções/dia: _____

Período das micções:

1. () Mais freqüente dia 2. () Mais freqüente noite 3. () Indiferente

Desconforto urinário:

1. () Nenhum 2. () Incontinência 3. () Retenção 4. () Disúria 5. () Bexigoma

6. () Urgência 7. () Hesitação 8. () Outro: _____

4.2 CLASSE 2: SISTEMA GASTRINTESTINAL*Anterior

Frequência de evacuações/dia: _____:

Uso de laxantes 1. () Não: _____

2. () Sim Qual: _____ Frequência: _____

*Atual

Frequência de evacuações/dia: _____:

Características:

1. () Normal 2. () Pastosa 3. () Diarreicas 4. () Endurecida
 5. () Melena 6. () Esteatorreica 7. () Outro: _____

Desconforto/ Alterações:

1. () Nenhum (a) 2. () Tenesmo 3. () Hematoquezia 4. () Hemorróida
 5. () Cólica 6. () Dor ao evacuar 7. () Flatulência excessiva
 8. () Outros: _____

Abdome:

1. () Plano 2. () Globoso 3. () Flácido 4. () Escavado 5. () Distendido
 6. () Presença de ruídos hidroaéreos 7. () Ausência de ruídos hidroaéreos
 8. () Resistente à palpação 9. () Indolor 10. () Massa abdominal palpável
 11. () Outros: _____

4.3 CLASSE 3: SISTEMA TEGUMENTAR

* Anterior

Sudorese excessiva: 1. () Não 2. () Sim

Odores: 1. () Não 2. () Sim

* Atual

Sudorese excessiva: 1. () Não 2. () Sim

Odores: 1. () Não 2. () Sim

5) DOMÍNIO 4: ATIVIDADE/REPOUSO

5.1 CLASSE 1: SONO/REPOUSO

* Anterior

Horas de sono/dia: _____

Horário de sono:

1. () Noturno 2. () Diurno 3. () Noturno/Diurno

Tipo de sono:

1. () Ininterrupto 2. () Interrompido 3. () Agitado 4. () Acorda descansado
 5. () Demora para dormir 6. () Insônia 7. () Outros: _____

Causas: _____

Remédio para dormir: 1. () Não

2. () Sim Qual: _____ Freqüência: _____

Mudança atual:

1. () Não 2. () Sim Quais: _____

Causas: _____

5.2 CLASSE 2: ATIVIDADE/EXERCÍCIO

* Anterior

Disposição para realizar atividades diárias: 1. () Sim 2. () Não

Realiza alguma atividade física? 1. () Sim 2. () Não

Qual: _____ Freqüência _____

Limitações para realizar atividades físicas diárias:

1. () Subir escada 2. () Lavar roupa 3. () Andar 4. () Tomar banho

5. () Cuidar de casa 6. () Outros _____

Limitação física durante a atividade:

1. () Cansaço 2. () Tontura 3. () Dispneia 4. () Outra _____

Atividade de lazer:

1. () Viajar 2. () Conversar 3. () Passear 4. () Outros: _____

Atividade que gostaria de fazer e não pode:

1. () Sim Qual: _____

2. () Não

*Atual

Disposição para realizar atividade 1. () Sim 2. () Não Causas _____

Deambula 1. () Sim 2. () Não 3. () Com ajuda

Claudica 1. () Sim 2. () Não

Habilidade demonstrada para :

- Alimentação () 0 - Autocuidado completo
 Higiene corporal () 1 - Uso de equipamento/aparelhos
 Higiene íntima () 2 - Assistência ou supervisão
 Vestir-se () 3 - Assistência ou supervisão e uso
 de equipamentos/aparelhos
 Arrumar-se () 4 - Dependente

Mobilidade no leito ()

Mobilidade geral ()

- Restrição de movimento 1. () Não
 2. () Sim () Bainha () Marcapasso () Arritmia
 () Sopro () Angina () Palpitações () Uso de cardiotônicos

Membros superiores:

1. () Sensibilidade e força motora preservada em todas as extremidades
 2. () Paresia 3. () Plegia 4. () Edema 5. () Cianose
 6. () Outros: _____

Membros inferiores:

1. () Sensibilidade e força motora preservada em todas as extremidades
 2. () Paresia 3. () Plegia 4. () Edema 5. () Cianose
 6. () Outros: _____

5.3 CLASSE 4: RESPOSTAS CARDIOVASCULARES/PULMONARES

Pressão arterial: ____mmHg / ____mmHg (D) ____mmHg / ____mmHg (E)

Pressão de pulso: ____mmHg PAM: ____mmHg

Pulso: Frequência: ____bat/min (D) / ____bat/min (E)

Ritmo: _____ Intensidade: _____ Elasticidade: _____

Pulso Pedioso: Frequência: ____bat/min (D) / ____bat/min (E)

Ritmo: _____ Intensidade: _____ Elasticidade: _____

Turgência de veia jugular 1. () Não 2. () Sim

Ausculca cardíaca: FC apical ____bat/min Ritmo: 1. () Regular 2. () Irregular

Anormalidades 1. () Não 2. () Sim Qual _____

Tórax:

1. () Sem alterações anatômicas 2. () Com alterações anatômicas
 3. () Expansão torácica normal 4. () Expansão torácica diminuída
 Respiração: Frequência: _____rpm Amplitude: _____ Ritmo: _____
 Tosse: 1. () Não 2. () Sim () Produtiva () Seca () Ineficaz
 Ruídos pulmonares: 1. () Vesicular 2. () Sibilos 3. () Estridor 4. () Crepitações
 5. () Atrito pleural 6. () Roncos
 Movimentos respiratórios: 1. () Normais 2. () Uso da musculatura acessória
 Ventilação: 1. () Sem suporte de O2 2. () Com suporte de O2
 () Cateter nasal _____l/min. () Máscara de Venturi _____% () Tenda
 () Outro _____

6) DOMÍNIO 5: PERCEPÇÃO/COGNIÇÃO

6.1 CLASSE 2: ORIENTAÇÃO

1. () Consciente 2. () Orientado () Auto () Espaço () Crono
 () Letárgico () Sonolento () Inquieto () Desatento

6.2 CLASSE 3: SENSAÇÃO/PERCEPÇÃO

Visão

1. () Acuidade visual normal 2. () Acuidade visual diminuída
 3. () Uso de lentes de contato ou óculos 4. () Outros: _____

Audição

1. () Acuidade auditiva normal 2. () Acuidade auditiva diminuída
 3. () Uso de prótese auditiva 4. () Outros: _____

Sensibilidade tátil: 1. () Sem alterações 2. () Diminuída 3. () Ausente

Sensibilidade térmica: 1. () Sem alterações 2. () Diminuída 3. () Ausente

Nariz:

1. () Normal 2. () Coriza 3. () Epistaxe 4. () Outros: _____

Sensibilidade olfativa: 1. () Sem alterações 2. () Diminuída 3. () Ausente

Sensibilidade gustativa: 1. () Sem alterações 2. Mudanças _____

6.3 CLASSE 4: COGNIÇÃO

*Anterior

Capacidade de decidir sozinho sobre:

1. () Forma de passar o dia 2. () Fazer compras 3. () Receber pagamentos
4. () Fazer pagamentos 5. () Ir as consultas 6. () Outros: _____

*Atual

Sintomas: () Mudanças na memória () Dificuldade para tomar decisões () Síncope
() Vertigem () Dificuldade para aprender coisas novas () Incapacidade de raciocínio lógico

Conhecimento sobre seu estado de saúde: _____

Conhecimento sobre as causas da alteração de sua saúde: _____

Considera importante aprender sobre:

1. () Sua doença 2. () Autocuidado 3. () Seu tratamento 4. () Outros: _____

6.4 CLASSE 5: COMUNICAÇÃO

Linguagem 1. () Sem alterações 2. () Disfonia 3. () Afasia 4. () Dislalia

5. () Disartria 6. () Gagueira 7. () Apraxia 8. () Dislexia

9. () Outras alterações _____

7) DOMÍNIO 6: AUTOPERCEPÇÃO

7.1 CLASSES 1 E 2: AUTOCONCEITO E AUTO-ESTIMA

Visão do paciente sobre si mesmo _____

Deseja ser diferente:

1. () Não 2. () Sim Justifique: _____

Você contribui de alguma forma para o seu tratamento:

1. () Sim

2. () Não

Como: _____

Visão do paciente sobre seu futuro: _____

7.2 CLASSE 3: IMAGEM CORPORAL

Modificação no corpo relacionados a doença:

1. () Não 2. () Sim Justifique: _____

Sat

isfação com a aparência, estilo de vida e realizações:

1. () Sim 2. () Não Justifique: _____

8) DOMÍNIO 7: RELACIONAMENTO DE PAPEL

8.1 CLASSE 1: PAPÉIS DO CUIDADOR

*Anterior

Com quem vive: _____

É cuidador:

1. () Sim 2. () Não De quem: _____

Satisfação com o papel de cuidador:

1. () Sim 2. () Não Justifique: _____

Recebe cuidado:

1. () Sim 2. () Não De quem: _____

Satisfação com a posição de ser cuidado:

1. () Sim 2. () Não Justifique: _____

8.2 CLASSES 2 E 3: RELAÇÕES FAMILIARES E DESEMPENHO DE PAPEL

Relacionamento	Afetivo	Conflituoso	Indiferente
Familiar			
Conjugal			
Amigos			
Vizinhos			
Trabalho			

A doença afetou:

1. () Sua família 2. () Seu lazer 3. () Suas finanças 4. () Outros: _____

Você sente falta de algum membro especial? 1. () Não 2. () Sim Quem _____

Por que _____

Você recebe visita? 1. () Não 2. () Sim De quem? _____

Qual a frequência das visitas? _____

9) DOMÍNIO 8: SEXUALIDADE

9.1 CLASSE 2: FUNÇÃO SEXUAL

*Anterior

Relacionamento sexual 1. () Satisfatório 2. () Insatisfatório

3. () Problemas _____ 4. () Mudanças _____

Libido 1. () Aumentada 2. () Diminuída 3. () Sem alterações

* Atual

Geniturinário:

1. () Sem alterações 2. () Lesões nos órgãos genitais

3. () Queixas: _____

10) DOMÍNIO 9: ENFRENTAMENTO/ TOLERÂNCIA AO ESTRESSE

10.1 CLASSE 1: RESPOSTAS PÓS-TRAUMA

Mudança recente na vida (últimos 2 anos):

1. () Sim 2. () Não Justifique: _____

Reações a mudança:

1. () Alegria 2. () Tristeza 3. () Preocupação 4. () Outros

Sentimentos negativos: 1. () Medo Causa _____

2. () Solidão Causa _____

3. () Desesperança Causa _____

4. () Ansiedade Causa _____

5. () Tristeza Causa _____

6. () Frustração Causa _____

7. () Preocupação Causa _____

8. () Raiva Causa _____

9. () Culpa Causa _____

10. () Pessimismo Causa _____

11. () Insatisfação Causa _____

12. () Outros _____ Causa _____

Nervosismo 1. () Não 2. () Sim Causa _____

Agressividade 1. () Não 2. () Sim Causa _____

11) DOMÍNIO 10: PRINCÍPIOS DE VIDA

11.1 CLASSE 2 E 3: CRENÇAS E CONGRUÊNCIA ENTRE VALORES/ CRENÇAS/ AÇÕES

Sentimentos de fé:

1. () Sim 2. () Não Justifique: _____

Contribuição da fé religiosa no enfrentamento dos problemas da vida diária _____

12) DOMÍNIO 11: SEGURANÇA/PROTEÇÃO

12.1 CLASSE 1: INFECÇÃO

Acesso venoso: _____ Permanência _____

Características _____

Outros catéteres: _____

Características _____

Procedimentos invasivos realizados _____

12.2 CLASSE 2: LESÃO FÍSICA

Boca

1. () Sem alterações 2. () Prótese 3. () Falhas dentárias 4. () Alterações _____

Crânio:

1. () Normal 2. () Lesões no couro cabeludo 3. () Cefaléia

Pescoço:

1. () Sem alterações 2. () Com alterações Quais _____

Pele/tecido:

1. () Sem alteração 2. () Palidez 3. () Cianose 4. () Icterícia 5. () Anasarca

7. () Lesões Locais: _____

7. () Enchimento capilar normal 8. () Enchimento capilar lento

9. () Outros: _____

Higiene:

1. () Higiene corporal adequada 2. () Higiene corporal deficitária

3. () Higiene oral adequada 4. () Higiene oral deficitária

Quedas anteriores:

1. () Sim Justifique: _____

2. () Não

Tonturas/ vertigem ao mudar de posição:

1. () Sim 2. () Não

Tem em casa:

1. () Tapete 2. () Piso escorregado 3. () Ambiente pouco iluminado

4. () Banheiro fora de casa 5. () Outros: _____

12.3 CLASSE 6: TERMORREGULAÇÃO

T: _____ °C

13) DOMÍNIO 12: CONFORTO

13.1 CLASSE 1: CONFORTO FÍSICO

* Anterior

Dor: 1. () Não 2. () Sim Locais: _____

Frequência: _____ Duração: _____

Característica: _____

Fatores desencadeantes: _____

Fatores de alívio: _____

* Atual

Desconforto/ dor:

1. () Nenhum

2. () Aguda Freqüência: _____ Duração: _____

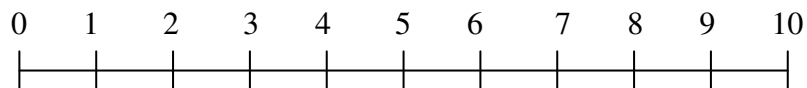
Característica: _____ Local: _____

Fatores desencadeantes: _____

Fatores de alívio: _____

3. () Crônica Há quanto tempo: _____ Local: _____

Intensidade da dor: Escala Visual Numérica: _____

Escala de Intensidade da Dor

SEM DOR



MÉDIA DOR



PIOR DOR

Exames Laboratoriais

	Valores encontrados	Valores de referência
26. Uréia		10-50mg/dl
27. Creatinina		0,4-1,3 mg/dl
28. Sódio		136-145 mEq/l
29. Cálcio		8,5-10,5 mg/dl
30. Potássio		3,5-5,0 mEq/l
31. Hemoglobina		Homens: 13,5 a 18,0 g/dl Mulheres: 11,5 a 16,4 g/dl
32. Hematócrito		Homens: 40,0 a 54,0 % Mulheres: 36,0 a 47,0 %
33. Leucócitos		Adulto: 4.000 a 10.000/ul
34. Plaquetas		130.000 a 400.000/ul (130 – 400x 10e/ul)
35. Glicose		70-99mg/dl

APÊNDICE B - MEDIDAS E AVALIAÇÕES FÍSICAS PARA ELABORAÇÃO DO EXAME FÍSICO

1. Pressão arterial: obtida por meio do aparelho esfigmomanômetro aneróide e estetoscópio, realizada conforme preconiza a V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL (2006):
 - Certificamos-nos se o paciente não estava com a bexiga cheia, ingerido alimentos até 30 minutos antes. Pernas descruzadas e braços na altura do coração;
 - Usamos manguito de tamanho adequado (bolsa de borracha com largura = 40% e comprimento = 80% da circunferência do braço); ou, não falta desse, utilizamos o tamanho padrão.
 - Palpamos o pulso radial e insuflamos até seu desaparecimento para estimar a Pressão Sistólica;
 - Posicionamos a campânula do estetoscópio sobre a artéria braquial;
 - Inflamos rapidamente até ultrapassar 20 a 30 mmHg o nível estimado da pressão sistólica. Desinflamos lentamente;
 - Determinamos o valor da pressão sistólica no aparecimento dos sons e a diastólica no desaparecimento dos sons. Os valores não foram arredondados.
2. Temperatura: o valor da temperatura foi obtido através de termômetro de vidro com coluna de mercúrio, colocado no centro da axila, sendo solicitado ao paciente que abaixasse o braço sobre o termômetro e permanecesse nessa posição durante 5 minutos (JARVIS, 2002);
3. Freqüência respiratória: contada com o paciente na posição supina, colocamos a mão diretamente no abdome do paciente e contamos o número de respirações durante 1 minuto (JARVIS, 2002);
4. Pulso arterial: verificado com o paciente deitado ou sentado com o braço ao longo do tórax com o punho levemente flexionado e a palma voltada para baixo. Colocamos as polpas digitais do indicador e médio sobre o pulso; junto ao lado radial, comprimimos suavemente contra o rádio para que o pulso se tornasse palpável. Após o pulso ser sentido, iniciamos sua contagem durante um minuto (JARVIS, 2002);

5. Peso: foi obtido através do uso de uma balança antropométrica manual de adulto da presente na instituição na qual o estudo foi realizado. A balança sempre foi aferida antes da medida;
6. Intensidade da dor: avaliada através da Escala Numérica Visual (ENV), criada por Carvalho (2005), através de adaptação da escala presente nas recomendações da Associação de Medicina Intensiva Brasileira sobre analgesia, sedação e bloqueio neuromuscular em terapia intensiva (AMIB, 1999). O paciente foi orientado quanto ao uso da escala, que a mesma encontrava-se graduada de zero a dez, sendo o zero indicativo de ausência de dor, e o dez indicativo da pior dor imaginável. A escala está presente no roteiro de entrevista.
7. Os dados sobre exames laboratoriais foram colhidos dos prontuário de cada paciente. Os valores de referência adotados para os exames laboratoriais foram fundamentados por Paradiso (1998), e especificamente o de glicemia como preconiza a American Diabetes Association (2005).

Os valores dos sinais vitais (pressão arterial, temperatura, frequência respiratória e frequência cardíaca) que foram considerados normais para adultos foram: Temperatura axilar: 36,5°C; Pulso: 60 a 100 batimentos/minuto; Respiração: 12 a 20 respirações/minutos (JARVIS, 2002). A pressão arterial foi considerada segundo os valores estabelecidos no quadro abaixo.

QUADRO 1 - Classificação da Pressão arterial (>18 anos)

CLASSIFICAÇÃO	SISTÓLICA	DIASTÓLICA
Ótimo	<120	<80
Normal	<130	<85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão Estagio 1 (Leve)	140-159	90-99
Hipertensão Estagio 2 (Moderada)	160-179	100-109
Hipertensão Estagio 3 (Grave)	>180	>110
Sistólica Isolada	>140	,90

Fonte: V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial 2006; Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC); Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH); Sociedade Brasileira de Nefrologia. 2006; São Paulo.

8. Os valores do Índice de massa corpórea foram considerados segundo o quadro a seguir:

QUADRO 2 – Classificação do Índice de Massa Corpórea

Valor do IMC	Classificação
< 18,5 kg/m ²	Desnutrido
18,5 – 25 Kg/m ²	Normal
25 - 29,9 Kg/m ²	Sobrepeso
30 - 34,9 Kg/m ²	Obesidade Grau I
35 - 39,9 Kg/m ²	Obesidade Grau II
> 40 Kg/m ²	Obesidade Grau III

Fonte: BRAY, G.A.; GRAY, D.S. Obesity. Part I: Pathogenesis. Western Journal of Medicine, 1988.

9. Os valores da Relação Cintura-Quadril foram considerados segundo o quadro abaixo

QUADRO 3 – Classificação da Relação cintura-quadril: padrão para homens e mulheres

	Idade	Baixo	Moderado	Risco -Alto	Muito alto
Homens	20-29	<0,83	0,83-0,88	0,89-0,94	>0,94
	30-39	<0,84	0,84-0,91	0,92-0,96	>0,96
	40-49	<0,88	0,88-0,95	0,96-1,00	> 1,00
	50-59	<0,90	0,90-0,96	0,97-1,02	> 1,02
	60-69	<0,91	0,91-0,98	0,99-1,03	> 1,03
Mulheres	20-29	<0,71	0,71-0,77	0,78-0,82	>0,82
	30-39	<0,72	0,72-0,78	0,79-0,84	>0,84
	40-49	<0,73	0,73-0,79	0,80-0,87	>0,87
	50-59	<0,74	0,74-0,81	0,82-0,88	>0,88
	60-69	<0,76	0,76-0,83	0,84-0,90	>0,90

Fonte: BRAY, G. A. Classification and evaluation of the obesities. **The Medical Clinics of North America**, vol. 73, p.161-184, 1989.

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Sou Allyne Fortes, enfermeira, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Ceará. Estou realizando, nesse momento, um trabalho sobre as reações mais comuns de pacientes com angina instável.

A Angina Instável é uma doença do coração, que provoca dor ou desconforto no peito, e pode ser causada por estresse emocional, fumo, pressão alta, diabetes, hábitos alimentares incorretos, entre outros. Essa alteração precisa ser corrigida para evitar prejuízos maiores a sua saúde. No meu estudo, pretendo saber como você está reagindo a sua doença e ao tratamento que está sendo realizado, visando melhorias no cuidado oferecido a pacientes com esta doença. Para isso, preciso de sua colaboração, participando do estudo. Caso aceite, você será examinado e responderá a algumas perguntas de um formulário sobre seu estado de saúde. O exame físico não lhe causará nenhum dano além de um leve incômodo no momento de verificação de sua pressão arterial.

Garanto a você que as informações que estou obtendo serão usadas apenas para a realização do meu trabalho e, também, lhe asseguro que a qualquer momento poderá ver as informações que estou colhendo como também tirar todas as suas possíveis dúvidas.

Você tem a liberdade desistir de participar do estudo a qualquer momento, sem que isto traga qualquer problema para seu atendimento no hospital. E, finalmente, lhe garanto que, quando apresentar o meu trabalho, não usarei seu nome e nem darei nenhuma informação que possa identificá-lo. Caso precise entrar em contato comigo, informo-lhe meu nome e endereço:

Allyne Nóbrega Fortes

Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115, Rodolfo Teófilo (UFC).

Tel.: 3366.8459

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Declaro que, após ter sido claramente informado pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar da pesquisa.

Fortaleza, _____ de _____ de _____ .



Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura da Pesquisadora

Assinatura da Testemunha

Digital do polegar direito

Nome do paciente

ANEXO



SECRETARIA DA SAUDE DO ESTADO DO CEARA / SUS
HOSPITAL DE MESSEJANA - H.M.
COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA - HM

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o projeto de pesquisa nº 304/05 sobre: "Análise de diagnóstico de enfermagem de pacientes com angina instável internados em um Hospital especializado em Fortaleza - Ce" de responsabilidade de Allyne Nóbrega Fortes foi analisado e aprovado por este comitê em 25.10.05.

Fortaleza, 1 de novembro de 2005.

Dra. Maria de Jesus Ferreira Marinho
Coordenadora da Comissão de Ética do Hospital de Messejana