

GLAZIANE DA SILVA PAIVA

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM INFARTADOS SUBMETIDOS À
ANGIOPLASTIA CORONARIANA COM *STENT*

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Orientador: Dr. Marcos Venícios de Oliveira
Lopes

FORTALEZA
2007

GLAZIANE DA SILVA PAIVA

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM INFARTADOS SUBMETIDOS À
ANGIOPLASTIA CORONARIANA COM *STENT*

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: __10__ / __04__ / __2007__

BANCA EXAMINADORA:

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

Prof. Dr^a. Ana Ruth Macêdo Monteiro
1^a examinadora- Universidade Estadual do Ceará

Prof. Dr^a. Lúcia de Fátima da Silva
2^a examinadora- Universidade Estadual do Ceará

Prof. Dr^a. Thelma Leite de Araújo
Examinadora Suplente- Universidade Federal do Ceará

Ao Sagrado Coração de Jesus, que me ama,
acolhe, abençoa e protege-me. A Ele a honra e
glória eternamente!!

Ao Sagrado Coração de Maria, cuja presença
inspira-me paz e amor à Santíssima Trindade.

À Ela, o meu carinho e respeito.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Aos meus pais queridos, Almir e Salete, o meu obrigada pelo amor oferecido que foi e é indispensável à minha formação humana e cristã e pelo incentivo aos estudos iniciado na infância.

Ao meu noivo Fabrício, pelo amor que nos une e nos torna felizes.

À minha irmã Nielly e meu quase cunhado Cleilson, pelo carinho e alegria constantes em minha vida.

Ao meu Dudinho e à Totinha, que me dedicam momentos felizes e de ternura.

Aos meus amigos e colegas de Mestrado, em especial Juliana e Allyne, pelos bons momentos vivenciados no transcorrer do curso.

Ao Prof. Marcos Venícios, pela amizade e paciência dispensadas durante a realização deste estudo.

Às professoras Ana Ruth, Lúcia de Fátima e Thelma Leite, pelo acolhimento e contribuição dada ao aperfeiçoamento desta pesquisa.

Aos meus amigos e colegas do CSF José Walter, Hospital de Messejana e SESI, pelo carinho que sempre me acolheram.

Aos pacientes infartados, pela confiança e aceitação em participarem deste estudo. Sem eles, não se poderia alcançar os objetivos propostos.

Ao CNPq, pelos meses de apoio financeiro com a manutenção da bolsa de auxílio.

De coração, a todos o meu Muito Obrigada!!!!!!!

“Tudo posso naquele que me fortalece”

“Junto do coração de Cristo o coração do homem aprende a conhecer o sentido verdadeiro e único de sua vida e de seu destino, a compreender o valor de uma vida autenticamente cristã, a se preservar de certas perversões do coração humano, a unir o amor filial para com Deus ao amor do próximo”.

(Redemptor hominis 1,5 - João Paulo II)

RESUMO

A terapia de reperfusão coronariana com angioplastia coronariana transluminal percutânea e colocação de *stent* constitui, atualmente, o tratamento preferencial ao paciente acometido por infarto agudo do miocárdio. No período pós-angioplastia, o paciente infartado exige cuidados da equipe de enfermagem peculiares devido ao comprometimento cardíaco e dependência física. A identificação dos diagnósticos de enfermagem direciona as ações de enfermagem assistidas e delegadas pelo enfermeiro. O objetivo do estudo foi analisar os diagnósticos de enfermagem em pacientes com infarto agudo do miocárdio submetidos à angioplastia transluminal percutânea primária com uso de *stent* coronariano. Estudo transversal de natureza descritivo-exploratória, realizado em um hospital público de Fortaleza-Ce. A população constou de 51 pacientes em seu primeiro episódio de infarto que realizaram angioplastia com sucesso na colocação de *stent* e internados nas enfermarias cardiológicas. Os dados foram coletados por meio de entrevista, exame físico e consulta ao prontuário do paciente durante os meses de janeiro a agosto de 2006. Os resultados mostraram predominância de homens, pardos, com média de idade de 54 anos e baixa escolaridade. Identificou-se maior frequência de infarto anterior, com artéria descendente anterior esquerda culpada pela isquemia e classificação de Killip I. Foram encontrados, em média, 11 diagnósticos de enfermagem, 28 características definidoras, 6 fatores relacionados e 5 fatores de risco por paciente. Os diagnósticos de enfermagem de maior frequência foram: Risco de infecção, Dentição prejudicada, Intolerância à atividade, Déficit no autocuidado para banho/higiene, higiene íntima e vestir-se/arrumar-se, Padrão de sono perturbado, Deambulação prejudicada e Mobilidade física prejudicada. A variável número de diagnósticos apresentou associação estatisticamente significativa com os diagnósticos de déficit no autocuidado, deambulação e mobilidade prejudicadas. Houve associação estatisticamente significativa entre os diagnósticos relacionados ao autocuidado, mobilidade e locomoção, e destes com os fatores relacionados restrições de movimentos prescritas, limitação imposta pela retirada da bacia e estado de mobilidade prejudicada. Os dados revelaram predominância de fenômenos relacionados à ordem biológica e importância na identificação dos diagnósticos de enfermagem na clientela específica de modo a embasar um plano de atividades de enfermagem voltadas ao atendimento das necessidades fisiológicas de autocuidado e dependência física.

Palavras-chave: Diagnósticos de Enfermagem. Infarto do Miocárdio. Angioplastia Transluminal Percutânea Coronária .

ABSTRACT

The coronary reperfusion therapy with percutaneous transluminal coronary angioplasty and stent placement constitutes, now, the preferential treatment to the patient attacked by acute myocardial infarction. In the period after to angioplasty, the patient with infarct demands peculiar cares of the nursing team due cardiac compromising and physical dependence. The identification of the nursing diagnoses addresses the actions attended and delegated by the nurse. The objective of the study was to analyze the nursing diagnoses in patients with acute myocardial infarction submitted to the primary percutaneous transluminal coronary angioplasty with use of coronary stent. Cross sectional study of descriptive-exploratory character, accomplished in a public hospital of Fortaleza-Ce. The population consisted of 51 patients in their first infarct episode that they accomplished angioplasty with success in the placement stent and interned in the cardiac infirmaries. The data were collected by means of interview, physical exam and it consults to the records' patient during the months of January to August of 2006. The results showed predominance men, brown, with average of 54 year-old age and it lowers education level. It identified high frequency of previous infarct, with artery descending previous left accused by the ischemia and Killip Classification I. They were found, on the average, 11 nursing diagnoses, 28 defining characteristics, 6 related factors and 5 risk factors for patient. The nursing diagnoses of larger frequency were: Risk for infection, Altered dentition , Activity intolerance, Bathing/hygiene self-care deficit, Toileting self-care deficit, Dressing/grooming self-care deficit, Sleep pattern disturbance, Impaired walking and Impaired physical mobility. The variable number of diagnoses presented statistic association with the diagnoses self-care deficits, Impaired walking and Impaired physical mobility. There was significant association between the diagnoses related to the self-care, mobility and locomotion, and of these with the factors related prescribed restrictions of movements, limitation imposed by the retreat of the hem and state of harmed mobility. The data revealed predominance of phenomenons related to the biological order and importance in the identification of the nursing diagnoses in the specific clientele in way to base a nursing care plan of activities returned to the attendance of the physiologic needs of self-care and physical dependence.

Keywords: Nursing Diagnoses. Myocardial Infarction. Angioplasty Transluminal Percutaneous Coronary.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Dados sócio-demográficos de pacientes infartados submetidos à angioplastia coronariana com <i>stent</i> . Fortaleza, 2007.....	40
Tabela 2 – Dados clínicos de pacientes infartados submetidos à angioplastia coronariana com <i>stent</i> . Fortaleza, 2007.....	41
Tabela 3 – Diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes infartados submetidos à angioplastia coronariana com <i>stent</i> . Fortaleza, 2007.....	42
Tabela 4 – Características definidoras identificadas em pacientes infartados submetidos à angioplastia coronariana com <i>stent</i> . Fortaleza, 2007.....	43
Tabela 5 – Fatores relacionados identificados em pacientes infartados submetidos à angioplastia coronariana com <i>stent</i> . Fortaleza, 2007.....	47
Tabela 6 – Fatores de risco identificados em pacientes infartados submetidos à angioplastia coronariana com <i>stent</i> . Fortaleza, 2007.....	49
Tabela 7 – Estatísticas relacionadas à ocorrência dos diagnósticos de enfermagem de acordo com dados sócio-demográficos. Fortaleza, 2007.....	50
Tabela 8 - Estatísticas de associação entre os diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes infartados submetidos à angioplastia coronariana com <i>stent</i> . Fortaleza, 2007.....	51
Tabela 9 – Estatísticas de associação entre os diagnósticos de enfermagem e os fatores relacionados identificados em pacientes infartados submetidos à angioplastia coronariana com <i>stent</i> . Fortaleza, 2007.....	53

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	17
2.1 Infarto agudo do miocárdio.....	17
2.2 Tratamento do infarto com angioplastia coronariana.....	19
2.3 Angioplastia com uso do stent coronariano.....	22
2.4 Processo de enfermagem.....	23
2.5 Diagnóstico de enfermagem.....	25
3 OBJETIVOS.....	32
4 MATERIAIS E MÉTODOS	33
4.1 Natureza do estudo	33
4.2 Campo de realização do estudo	33
4.3 População e amostra	35
4.4 Instrumento de coleta de dados	37
4.5 Coleta de dados	38
4.6 Organização e análise dos dados	38
4.7 Aspectos éticos e legais da pesquisa	39
5 RESULTADOS	40
6 DISCUSSÃO	56
7 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
REFERÊNCIAS	77
APÊNDICES	86
ANEXO	101

1 INTRODUÇÃO

As Doenças Cardiovasculares são de grande preocupação na saúde pública, atualmente, dada a sua elevada incidência, prevalência e taxa de morbi-mortalidade, bem como seu alto poder incapacitante e crônico-degenerativo, podendo deixar seqüelas nos indivíduos atingidos que repercutirão, negativamente, em sua qualidade de vida.

O crescimento populacional e da expectativa de vida, indubitavelmente, está resultando no aumento da incidência de doenças crônicas, incluindo as doenças cardiovasculares, falência cardíaca e derrame cerebral. Leal et al. (2002) relatam que à medida que as pessoas atingem idades mais avançadas, há uma forte tendência para mudança do quadro de morbidade e mortalidade.

No Brasil, no ano de 2004, as doenças do aparelho circulatório permaneceram como a primeira causa de morte, perfazendo um total de 258.543 mortes. Estas foram responsáveis por 65% do total de óbitos, atingindo a população adulta em fase produtiva, na faixa etária de 30 a 69 anos e sendo responsáveis por cerca de 13% de anos produtivos perdidos no país. Estima-se que quase 30% da população sucumbirá a uma doença cardiovascular entre os 15 e 64 anos de idade (BRASIL, 2002, 2007; COLOMBO et al., 1999). Estas doenças são responsáveis, também, pelo maior número de internações e a causa de morte mais atestada nos registros das capitais das regiões Sul e Sudeste do Brasil (LEAL et al., 2002).

No universo das doenças cardiovasculares, a responsável pela maior taxa de mortalidade é a Doença Arterial Coronariana (DAC). A prevalência das doenças cardiovasculares é de 70.100.000, correspondendo a 34,2% e a das doenças coronarianas é de 13.000.000, com 6,9% (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2005).

No Brasil, em 2004, as doenças cerebrovasculares foram responsáveis por 31,8% do total de mortes por doenças do aparelho circulatório, seguidos pelas doenças isquêmicas do coração e Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), com 30,4% e 22,9%, respectivamente (BRASIL, 2007).

Calcula-se que as doenças coronarianas, incluindo o IAM, outras doenças agudas isquêmicas, angina pectoris, doença cardiovascular e aterosclerótica, foram responsáveis por uma em cada 5 mortes acontecidas nos EUA no ano de 2002. Na totalidade das mortes decorrente das DACs (656.000), em 2002 neste país, o IAM foi responsável por 225.000. Ao

ano, é estimado que 700.000 americanos tenham um novo infarto do miocárdio, 500.000 tenham um infarto recorrente e um adicional de 175.000 novos infartos silenciosos a cada ano. A incidência anual do IAM é 565.000 novos infartos e 300.000 infartos recorrentes ao ano. Sua prevalência, em 2002, em americanos, foi de 7.100.000 (3,5%), com total de 4.100.000 (5,0%) em homens e 3.000.000 (2,3%) em mulheres (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2005).

Assim, pelo IAM constituir-se uma das maiores preocupações na realidade da saúde pública dada a sua alta prevalência e incidência, comprometendo o nível biopsicossocial dos pacientes/população atingidos surgiu o interesse em estudar os pacientes acometidos por esta patologia.

O infarto agudo do miocárdio é definido como uma interrupção inesperada do fluxo sanguíneo decorrente de uma ruptura ou erosão de uma placa de ateroma nas artérias coronárias, provocando morte das células miocárdicas (DANCHIN; DE BENEDETTI; URBAN, 2004).

A preferência em estudar pacientes que sofreram IAM, para mim, tem dois significados. O primeiro é relembrar a memória de pessoas importantes em minha vida, como meu avô, que foram vítimas desta patologia de maneira súbita e fatal. Mas, também, representa prestar uma assistência direta humanizada e holística, como enfermeira, a pacientes infartados que vivenciaram arduamente, na maioria dos casos, uma dor de intensidade excruciante associada à sensação iminente de morte e que, após intervenção coronariana recuperaram o sentimento de rejuvenescimento.

O interesse por tal temática se intensificou desde o momento que percebi, no ambiente de trabalho de um hospital quando enfermeira intensivista, a evolução vivenciada nos dias de hoje do tratamento ao paciente infartado.

Até, aproximadamente, cinco anos atrás, o tratamento trivial para tais pacientes que eram atendidos no setor de emergência era a reperfusão coronariana com o uso de trombolíticos administrados via endovenosa, principalmente a estreptoquinase (STK), respeitando suas contra-indicações. Após o funcionamento ininterrupto do setor de hemodinâmica no referido hospital, a prática do cateterismo cardíaco com intervenção mecânica da Angioplastia Transluminal Percutânea (ATC) com o uso do balão ou *stent*

coronarianos, passou a ser o foco principal no tratamento dos infartados, com melhora significativa no índice de sobrevida destes pacientes.

No setor de hemodinâmica, o infartado é primeiramente submetido à cineangiocoronariografia (CATE ou cateterismo cardíaco), que permite ao hemodinamicista visualizar a imagem das coronárias. Este profissional analisa as artérias coronárias para proceder à conduta da angioplastia coronariana primária com o uso do *stent* nos casos em que há indicação para esta técnica.

Após a intervenção da angioplastia primária com implantação do *stent* coronariano, respeitando a rotina de cada instituição, o paciente angioplastado é encaminhado à sua unidade de origem, no qual pode ser uma enfermaria cardiológica, unidade especializada (como a Unidade de Terapia Intensiva) ou sala de Parada cárdio-respiratória no setor de emergência, ou ainda pode ser transferido para outro setor conforme o estado geral do mesmo e a existência de leitos vagos.

No período pós-angioplastia, o paciente recebe cuidados de enfermagem peculiares a este momento de internação. Devido ao procedimento invasivo, o paciente é monitorizado quanto a alterações no funcionamento cardíaco, sinais vitais, administração de fármacos, complicações na femural cateterizada e repouso no leito. Por isso, o processo de enfermagem deve ser realizado para direcionar as atividades da equipe de enfermagem, auxiliando o enfermeiro na tomada de decisões para com estes pacientes.

Em estudo realizado durante a especialização de enfermagem em cuidados intensivos, cujo objetivo foi detectar diagnósticos de enfermagem em pacientes com IAM internados em unidade de terapia intensiva, pude constatar que existiam alguns fatores relacionados diferenciados quando os pacientes haviam realizado a angioplastia coronariana em relação àqueles que receberam apenas tratamento medicamentoso ou com trombolítico, no caso a estreptoquinase, ou com terapia combinante de anticoagulantes e nitroglicerina (PAIVA, 2004).

Percebi que os pacientes angioplastados apresentavam diagnósticos de enfermagem como Mobilidade no leito prejudicada relacionado à permanência do introdutor na femural, em geral do lado direito. Os pacientes eram orientados a não fletir o membro cateterizado por 6 horas depois da ATC e por mais 6 horas após a retirada do mesmo, de modo a não trazer complicações locais, como a formação de hematomas. Assim, a limitação deste membro

cateterizado, também, esteve presente como fator relacionado importante em outros diagnósticos de enfermagem, como Mobilidade física prejudicada e Andar prejudicado (PAIVA, 2004).

Durante este período, o paciente está limitado a permanecer ao leito na posição supina não podendo se locomover e nem realizar suas atividades de autocuidado pessoal, como ir ao banheiro para banhar-se, higienizar-se ou realizar suas necessidades fisiológicas. O repouso também está prescrito para estes pacientes a fim de diminuir a sobrecarga cardíaca. Além disso, a restrição ao leito limita a mobilidade que repercute no padrão de descanso diurno e repouso noturno. Além de problemas comuns como o ambiente da internação, ansiedade e medo, os pacientes não conseguem dormir facilmente pela preocupação em fletir o membro cateterizado involuntariamente durante o sono.

O cuidado imediato após a retirada do introdutor é a prática local da compressão manual por trinta minutos seguida da realização de um curativo compressivo onde o paciente deverá permanecer durante mais seis horas sem fletir o membro pelos riscos, ainda existentes, de complicações locais. Se o introdutor for retirado no setor de hemodinâmica, poderá utilizar-se de um dispositivo de compressão mecânica para este fim.

Serrano et al. (2000) relatam que, atualmente, apesar das complicações vasculares periféricas após o cateterismo cardíaco serem poucos freqüentes, quando estas ocorrem, representam um problema clínico com grande repercussão ao paciente e à sociedade. As complicações podem resultar em hematoma femoral, pseudoaneurismas, isquemia arterial e fístula artériovenosa. Estas autoras citam pesquisas que descrevem a taxa de complicações vasculares periféricas após os *stents* como sendo de 5,7% a 17%.

Após a reperfusão coronariana mecânica com o uso do *stent*, espera-se que o paciente não apresente episódios de dor precordial. A dor de origem isquêmica é ocasionada pela hipóxia tecidual devido estimulação das terminações nervosas da camada adventícia das artérias e do miocárdio por substâncias químicas liberadas durante a contração, em resposta ao desequilíbrio entre a oferta e o consumo do oxigênio (PORTO, 2000). Para Alconero et al (2001), os enfermeiros são responsáveis por avaliar e aliviar a dor do paciente.

A observação e valorização físicas realizadas pela enfermeira iniciam-se com a assistência à dor, com enfoque no tipo, localização, duração e causas que a desencadeiam. O significado da dor para o paciente e o resultado da resposta humana emocional são fatores

primordiais para que esta profissional o assista. Respostas humanas como o medo e a ansiedade produzidas pela dor podem aumentar o trabalho e a frequência cardíacos devido estimulação simpática (ARIZA OLARTE et al., 2001).

Em decorrência da dependência física, há a necessidade de se desenvolverem ações de enfermagem individualizadas durante a assistência ao paciente infartado pós-angioplastia com *stent*. Mas, para que estas atividades sejam desempenhadas pela equipe de enfermagem eficazmente, é necessário que se trace um plano de cuidados que satisfaça as necessidades apresentadas com vista ao desenvolvimento do potencial dos pacientes para o autocuidado. É indispensável que o enfermeiro, a partir de seus conhecimentos e experiência prévios, realize um julgamento clínico crítico e reflexivo das respostas humanas apresentadas pelos infartados, inserindo-se em sua realidade vivenciada neste período de hospitalização pós-angioplastia.

A identificação das respostas humanas apresentadas por este tipo de paciente é importante para dar base à prescrição de atividades a serem desenvolvidas pela equipe de enfermagem para melhora do seu quadro clínico. O enfermeiro realiza uma avaliação geral, coleta dados no âmbito biopsicossocial identificando as características definidoras emitidas (sinais e sintomas apresentados), agrupa estas informações e faz um julgamento clínico apurado avaliando as respostas humanas apresentadas pelo infartado após a realização da angioplastia e os fatores relacionados pelo aparecimento de tais respostas. Ao agrupar as respostas humanas com os fatores relacionados, o enfermeiro estará construindo Diagnósticos de enfermagem para cada paciente, individualmente. As etapas do Processo de enfermagem que incluem, dentre outros, a Coleta de dados e Diagnósticos de enfermagem, darão suporte para a prescrição do plano de intervenções de enfermagem futuro a estes pacientes.

Os diagnósticos de enfermagem encontrados só tem significado se entendermos que cada diagnóstico deverá ser trabalhado na prática clínica diária a fim de que os problemas de enfermagem detectados possam ser minimizados e/ou eliminados.

Em nossa literatura, destacamos alguns trabalhos realizados com diagnósticos de enfermagem na área cardiovascular: no perioperatório de cirurgia cardíaca (GALDEANO et al., 2006); em pacientes infartados em unidade de terapia intensiva (PAIVA, 2004); com pacientes no pré-operatório de cirurgia cardíaca (GALDEANO; ROSSI; PEZZUTO, 2004); no perioperatório de cirurgia cardíaca valvar (CARVALHO, 2003); em pacientes com

hipertensão arterial em acompanhamento ambulatorial (CUNHA; CARMAGNANI; CORNETTA, 2002); com pacientes no primeiro pós-operatório de cirurgia cardíaca (GUERRIERO; GUIMARÃES; MARIA, 2000); mulheres com angina pectoris (LOPES, 1998).

Pode-se encontrar, ainda, a aplicação dos diagnósticos de enfermagem em outros campos da prática do enfermeiro, sob diferentes contextos: com crianças menores de um ano acompanhadas no programa de puericultura (SIQUEIRA, 2005); com famílias portadoras de transtornos mentais (ALMEIDA; NÓBREGA, 2004); numa unidade psiquiátrica (ODA; LOPES; SIQUEIRA JÚNIOR, 2002); em uma unidade de internação de ginecologia (LOPES; MONTAGNOLI; MAIA, 1999); com pacientes com alterações neurológicas (ROBAZZI et al., 1998); em uma unidade de internação em oncologia (LOPES; MACEDO; LOPES, 1997); com alterações hematológicas (JESUS; CARVALHO, 1997), dentre muitos outros. Esses estudos demonstram a contribuição da implantação dos diagnósticos de enfermagem no campo assistencial e de ensino divulgando que a temática está sendo uma das prioritárias nas pesquisas em enfermagem.

A complexidade de cuidados exigidos pelos infartados no período pós-angioplastia com *stent* devido o comprometimento cardíaco em decorrência do processo isquêmico vivenciado e seu grau de dependência pela equipe de enfermagem, nos motivou a realizarmos este estudo cujo enfoque são os diagnósticos de enfermagem nos pacientes em seu primeiro episódio de infarto do miocárdio, que realizaram tratamento intervencionista com sucesso através da angioplastia percutânea primária com implantação de *stent* coronariano.

Este estudo tem sua relevância na prática clínica, pois é inegável que o conhecimento de diagnósticos de enfermagem em uma clientela específica de pacientes que realizaram angioplastia com *stent*, poderá auxiliar os enfermeiros assistenciais que prestam atendimento nesta área a desenvolverem maior habilidade técnica na prática da assistência de enfermagem. Além deste auxílio no aperfeiçoamento do processo de enfermagem em suas atividades diárias, permite uma avaliação clínica crítica do paciente assistido com conseqüente desenvolvimento de atividades de enfermagem individualizadas, com qualidade e humanização no qual irá repercutir diretamente na melhora do estado de enfermidade neste grupo de pacientes.

Na pesquisa, tem sua relevância dada à escassez de trabalhos no campo de abrangência da enfermagem que focalize o infartado em seu período pós-angioplastia com *stent*, o que nos dá subsídios para enfocarmos a importância deste trabalho para a ampliação do conhecimento no ensino e na pesquisa imersos na área cardiovascular.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Infarto agudo do miocárdio

O IAM é uma patologia decorrente de uma obstrução em artéria(s) coronária(s) ocasionando uma interrupção da corrente sanguínea, com conseqüente processo de isquemia e necrose no tecido miocárdico atingido. A isquemia caracteriza-se por um desequilíbrio entre a demanda e oferta de oxigênio ao miocárdio. A causa mais comum deste desequilíbrio é a redução do fluxo sanguíneo e do suprimento de oxigênio decorrente da diminuição do lúmen arterial, agregação plaquetária intracoronariana ou formação de trombos (GANZ; GANZ, 2003).

Apesar dos avanços tecnológicos na área cardiológica, em especial na detecção do diagnóstico de infarto, a anamnese e o exame clínico continuam tendo valor primordial. O sintoma prodômico usual é a dor anginosa caracterizada por desconforto na região do precórdio, no qual acontece em repouso ou com atividade menor que o habitual. A dor tem intensidade variável e, em alguns indivíduos, intolerável. O desconforto pode ser descrito como sensação de pontada, perfuração ou queimação. A dor se concentra diretamente abaixo do esterno, mas se irradia com freqüência para os braços e pescoço (ANTMAN; BRAUNWALD, 2003).

Nos pacientes com IAM de parede inferior, podem ser importantes os sintomas de vagotomia, principalmente quando há associação de IAM de ventrículo direito, sendo comuns náuseas, vômitos, hipotensão, bradicardia e diarreia (TRANCHESI JÚNIOR; SOARES, 1997). Os diabéticos, muitas vezes, não sentem dor intensa, pois a neuropatia interfere nos neurorreceptores atenuando a sensibilidade dolorosa (SMELTZER; BARE, 2005). A dor não cede com nitroglicerina sublingual e o paciente tem a sensação de morte iminente (ANDRADE, 2002).

Segundo Smeltzer e Bare (2005), o diagnóstico de infarto baseia-se num tripé:

- Anamnese do paciente: levantamento da história da doença atual, história de doenças pregressas e da saúde familiar, fornecendo dados subjetivos;
- Eletrocardiograma (ECG): este proporciona informações sobre a localização, tamanho relativo e as formas de ondas associadas ao infarto, permanecendo como o primeiro

instrumento diagnóstico disponível, devido ao fácil acesso à beira do leito e sua inocuidade;

- Enzimas e isoenzimas séricas: os estudos enzimáticos seriados incluem a creatinofosfoquinase (CPK) e a desidrogenase lática (LDH). A isoenzima da creatinoquinase específica para o músculo cardíaco (CK-MB), somente é encontrada nas células cardíacas e, portanto, só aumenta quando há destruição dessas células. É o indicador mais específico para o diagnóstico do IAM, onde sempre se encontra aumentada.

Na última década, os avanços no tratamento pelo estabelecimento da terapêutica de reperfusão coronariana e no conhecimento da fisiologia do IAM contribuíram para o declínio do tamanho da área infartada e da taxa de mortalidade por esta patologia.

A reperfusão coronariana pode ser alcançada por meios químicos através da trombólise venosa ou mecânicos, pela angioplastia percutânea. Na atualidade, vivemos uma época onde a trombólise venosa cedeu espaço para o avanço no tratamento ao infartado com o uso da angioplastia transluminal percutânea. As baixas taxas de reperfusão, altas taxas de reoclusão, persistência da lesão e mortalidade advindas da trombólise são uns dos responsáveis por tal mudança. Além disso, a angioplastia é superior à trombólise química dados a sua efetividade, diminuição de riscos de complicações, maiores índices de sucesso e diminuição do tempo de internação hospitalar (ATIK, 2002).

A partir da década de 80, vários trabalhos começaram a surgir comparando os resultados do tratamento com fibrinolíticos e a angioplastia. O'Neil et al. (1986) realizaram o primeiro estudo prospectivo e randomizado comparando a trombólise química com a mecânica. Analisaram-se 56 pacientes com até 12 horas de infarto (27 com STK e 29 com ATC). Ambos os métodos foram efetivos na recanalização de vasos 100% ocluídos. Contudo, a angioplastia teve resultado superior com relação ao alívio de estenoses residuais (SANTOS et al., 1995).

Outros estudos foram sendo realizados e, em basicamente todos, destaca-se a superioridade da angioplastia na reperfusão vascular no alcance do fluxo considerável satisfatório - TIMI III (RIOS, 2001), na redução de ocorrência de reinfarto, morte e na associação com hemorragia intracraniana (GRINES et al., 1993; ZIJLSTRA et al., 1993).

Duda et al. (2000) relatam que mesmo numa comparação direta com o melhor trombolítico disponível, a angioplastia primária mostra vantagens na redução de complicações maiores.

A quantidade de publicações de referência comparando estes dois tipos de tratamento e mostrando maiores benefícios ao paciente quando tratados com a ATC, aliada a um aumento do número de hospitais e clínicas de cardiologia com setor de hemodinâmica funcionando, em sua maioria nas 24 horas, tiveram contribuição significativa para o declínio no tratamento com a reperfusão química. Assim, propusemos estudar apenas àqueles pacientes vítimas de infarto agudo do miocárdio, em seu primeiro episódio de ataque cardíaco, e que foram tratados com a reperfusão mecânica através da angioplastia transluminal coronariana percutânea primária.

2.2 Tratamento do infarto com angioplastia coronariana

A angioplastia transluminal percutânea foi introduzida em 16 de setembro de 1977 por Andréas Gruentzig como método de revascularização da área infartada. Desde então, sua popularidade vem crescendo e sua utilização é cada vez mais rotineira (MENDIZ, 2005). Entende-se por angioplastia transluminal primária a intervenção invasiva de reperfusão coronariana sem o uso prévio de trombolíticos (MATTOS et al., 2004).

A angioplastia coronariana é um procedimento utilizado no tratamento ao IAM tendo, como resultado, uma diminuição no dano cardíaco, limitação da extensão da inabilidade cardíaca e um decréscimo na mortalidade pelas doenças arteriais coronarianas (EASTWOOD, 2001).

A técnica da angioplastia consiste na compressão mecânica da placa de ateroma por um cateter balão no leito vascular. O objetivo é proporcionar aumento da área luminal com melhora no fluxo sanguíneo. A desvantagem é a indução de uma resposta trombogênica local (CAIXETA; SALGADO, 2001).

Duda et al. (2000) estudaram pacientes que realizaram ATC com o intuito de demonstrar os resultados obtidos em fase imediata, a evolução hospitalar e o tempo de internação. Os resultados mostraram um grande quantitativo de pacientes revascularizados com sucesso (94%), número de óbitos e complicações compatíveis com os registros de outros

locais que também realizam a angioplastia, ficando, tal método, como o preferencial no tratamento ao infartado.

Estudo realizado por Rodríguez et al. (2000), também, encontraram evolução satisfatória sem complicações nos pacientes infartados que realizaram angioplastia. Os autores ressaltam que esta técnica, como terapia inicial no infarto, é uma alternativa terapêutica efetiva nos quais os dados apresentados reproduzem a experiência dos grandes centros cardiológicos em âmbito mundial.

As indicações terapêuticas para a angioplastia coronariana são baseadas no quadro anatômico coronariano, delineadas pela cinecoronariografia, fundamentadas, em algumas circunstâncias, pelos resultados da avaliação não invasiva prévia, incluindo teste ergométrico, estudos de perfusão miocárdica ou ecocardiograma.

Os pacientes diagnosticados com infarto agudo do miocárdio, seja por dados do exame clínico e anamnese, e/ou dados laboratoriais e/ou por alterações eletrocardiográficas, são encaminhados para o setor de hemodinâmica para a realização do cateterismo cardíaco. Este procedimento invasivo permite identificar e avaliar a gravidade da doença na artéria coronária, determinando a viabilidade de se indicar tal tratamento para o IAM.

Neste procedimento invasivo, um longo cateter é inserido em uma artéria ou veia (dependendo do lado do coração a ser avaliado) para dentro do coração por uma punção na região braquial ou femoral, geralmente. É medida a pressão arterial, injetado um contraste radiopaco para iluminar as coronárias e todo o procedimento é monitorado por um aparelho de raio X. O hemodinamicista avalia a habilidade do coração, pressões intracavitárias e informações detalhadas da estrutura do coração e sua rede de vasos com o intuito de auxiliar o cardiologista na tomada de decisões sobre o tratamento mais viável para o paciente (CATETERISMO cardíaco, 2004; CARDIAC..., 2004).

O cateterismo cardíaco intervencionista acontece quando é feito um CATE, como procedimento diagnóstico e, após análise das coronárias, é indicado tratamento intervencionista de reperfusão mecânica da angioplastia coronariana transluminal percutânea. Esta pode ser realizada tanto com o uso de um balão ou pela colocação de *stent* coronarianos. Por estes dois métodos pode-se restaurar o fluxo coronariano interrompido de forma aguda.

Na angioplastia com o uso do balão coronariano, é introduzido um cateter com minúsculo balão na extremidade no qual atinge o local estenosado da artéria coronária. Através da insuflação deste, procede-se a desobstrução do vaso de modo a facilitar ou normalizar o fluxo sanguíneo nesta área. A outra técnica da angioplastia é o implante de uma endoprótese vascular chamada *stent* coronariano, que é uma estrutura tubular de aço inoxidável (em sua maioria) implantada, também, através de um cateter para desobstruir as artérias coronárias e obter resultados a curto, médio e longo prazos (O QUE é cateterismo cardíaco?, 2004).

Um estudo com análise multivariada do procedimento da angioplastia coronariana, do qual analisou 9.434 pacientes nos anos de 1996 a 2000, mostrou crescimento significativo em torno de 20% na realização da ATC no Brasil, em média de 5% ao ano, em relação ao total de intervenções coronarianas percutâneas realizadas. O implante de *stents* coronarianos cresceu de forma significativa de 20% dos pacientes tratados em 1996 para mais de 70% no ano de 2000. O sucesso imediato com o uso da angioplastia somou de 87,2% em 1996 para 92,6% em 2000. Analisando os preditores de eventos adversos, o uso da angioplastia com o cateter-balão foi um preditor independente de insucesso na ocorrência destes eventos, com exceção da realização de revascularização de emergência. O implante do *stent* constitui um preditor de menor ocorrência de reinfarto e mortalidade hospitalar. O insucesso da angioplastia aumenta cerca de 12 vezes e a mortalidade 4 vezes sem o emprego dos *stents* coronarianos (MATTOS et al., 2002).

Os autores supracitados apontam trabalhos randomizados no qual demonstram crescimento geométrico no tratamento ao infartado decorrente da superioridade do *stent* em relação a ATC com o uso do balão, pela diminuição de complicações imediatas, como a reoclusão e o reinfarto e das tardias, como a reestenose e necessidade de revascularizações.

Em detrimento das limitações da angioplastia com o cateter balão, como os fenômenos de oclusão aguda e reestenose, e da superioridade dos resultados atingidos com a angioplastia e implantação de *stent* coronariano, atualmente, o uso destas endopróteses vasculares tem maior aceitação e utilização na prática diária no tratamento ao paciente infartado. Por tal razão, neste estudo, nos delimitamos a estudar os infartados em seu primeiro episódio de ataque cardíaco, que foram submetidos ao procedimento invasivo do cateterismo cardíaco para diagnóstico e posterior aplicação da angioplastia percutânea primária com a colocação de *stent*.

2.3 Angioplastia com uso do *stent* coronariano

As próteses intracoronarianas ou *stent* são responsáveis pelo grande avanço no campo do intervencionismo coronariano (SABATÉ; JIMÉNEZ-QUEVEDO; MACAYA, 2005). Os *stents* foram incorporados à angioplastia coronariana a partir de 1996 (MATTOS et al., 2002).

A denominação *stent* é originária da contribuição de Charles Stent, dentista inglês, que, há mais de um século, idealizou um material dentário para moldagem. Posteriormente, foi utilizado para o suporte de tecidos vivos em cicatrização, incluindo as estruturas internas do organismo. Por analogia, as próteses vasculares, cujo objetivo, também, é sustentar a parede arterial em consolidação, receberam o nome de *stent* (SOUSA et al., 1995).

O Instituto Nacional de Cardiologia do México, que possui um programa de hemodinâmica 24 horas, estudou os efeitos em 118 pacientes da implantação dos *stents* coronarianos após a angioplastia. A pesquisa mostrou êxito hospitalar em 91% dos casos, mortalidade hospitalar de 6,9% e 2,9% de reintervenções no seguimento de 6 meses (RIOS, 2001).

Duda et al. (2000) relatam que as taxas de maior sucesso devem-se à seleção dos casos e ao uso rotineiro de *stents*, enquanto que os de menor sucesso estão relacionados ao emprego da angioplastia com balão. Em sua casuística, estes autores implantaram o *stent* em 64% dos infartados em tratamento e obtiveram sucesso angiográfico em 99% dos casos.

Palomo Villada et al. (2004) realizaram estudo prospectivo com 98 pacientes vítimas de infarto agudo do miocárdio, mostrando resultados da implantação dos *stents* na artéria culpada pelo evento coronariano, durante angioplastia primária, na fase aguda da doença. Os resultados mostraram êxito angiográfico em 80 pacientes. Foram preditores independentes de mortalidade intrahospitalar a idade acima de 65, Classificação de Killip-Kimbal IV, doença multiarterial e fluxo TIMI 0-2. A conclusão do estudo foi que a ATC com o uso do *stent* é um procedimento de alto êxito, pois permite uma recanalização adequada na maior parte dos pacientes infartados, inclusive nos subgrupos de alto risco.

Após a colocação do *stent* coronariano, o paciente infartado exige cuidados de enfermagem peculiares a este período de internação em decorrência do comprometimento cardíaco secundário ao processo isquêmico e seu grau de dependência quanto à realização/satisfação de suas necessidades biológicas. Cunha (1992) enfatiza a atuação da

enfermeira ao paciente angioplastado devendo: orientar o paciente a manter o membro cateterizado estendido; após a retirada do introdutor arterial, fazer curativo compressivo no local da punção; supervisionar o repouso do paciente; iniciar a heparinização, segundo a prescrição médica; observar qualquer precordialgia e/ou alteração eletrocardiográfica; identificar sangramentos e/ou hematomas no local puncionado; controlar sinais vitais; e ofertar líquidos e dieta por via oral em pequenas quantidades.

Para que o enfermeiro e a equipe de enfermagem desenvolvam atividades individuais e coerentes ao paciente, o enfermeiro deve se utilizar do processo de enfermagem como método que o permita identificar as respostas humanas apresentadas por esta clientela e o embase na tomada de decisões necessárias ao desenvolvimento do plano terapêutico ao paciente assistido. Para Galdeano et al. (2006), a identificação de diagnósticos de enfermagem pelo enfermeiro auxiliam-no na elaboração de intervenções embasadas e adequadas às necessidades particulares de cada paciente, cooperando para a implementação de ações eficazes e rápidas para a resolução dos problemas identificados.

Assim, em decorrência da extensiva utilização dos *stents* intracoronários na revascularização coronária percutânea (GOMES et al., 2002) e suas altas taxas de sucesso de reperfusão sangüínea, este estudo buscou elaborar Diagnósticos de enfermagem apresentados pelos pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio que foram submetidos à angioplastia coronariana percutânea primária com a colocação de *stent* e que obtiveram êxito neste tratamento.

2.4 Processo de enfermagem

A enfermagem, nos últimos anos, vem utilizando o Processo de Enfermagem (PE) como método científico no cuidado aos pacientes, de modo a ampliar e aperfeiçoar seu corpo de conhecimento teórico-prático. Deste modo, há uma melhoria da atuação dos profissionais de enfermagem com conseqüente crescimento na qualidade da assistência prestada, concentrando suas ações em cuidados mais holísticos e individuais.

O processo de enfermagem é um instrumento metodológico que permite ao enfermeiro identificar, compreender, descrever, explicar e/ou prever como os pacientes respondem aos problemas reais ou potenciais de saúde ou aos processos vitais e decidir que aspectos dessas respostas exigem uma intervenção profissional (GARCIA; NÓBREGA, 2004).

As autoras refletem que o processo de enfermagem implica na existência de alguns elementos constituintes que lhe são inerentes. Ressaltado por vários autores, estes elementos são: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, prescrição de atividades de enfermagem, intervenções e evolução de enfermagem. Tal divisão é meramente didática, pois estes passos ocorrem de modo simultâneo, embora sistematicamente, por serem interdependentes.

Backes et al. (2005, p. 26) apontam que o processo de enfermagem “enquanto método de superação do modelo teórico-burocrático, não se constitui um ato passivo e/ou estável. Ela requer um processo permanente e gradual de ação-reflexão e a inserção dos profissionais na realidade por meio do esforço dinâmico e participativo”.

A lei do Exercício Profissional nº 7498/86, em seu artigo 8^a, dispõe que ao enfermeiro incube, privativamente, o planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem; a consulta de enfermagem e a prescrição da assistência de enfermagem (BRASIL, 1986).

A Lei mostra claramente que o processo de enfermagem, independente do local e do grupo de pacientes que esteja sendo cuidado, deverá ser de responsabilidade do enfermeiro. Cabe, a este profissional, a coleta de informações acerca do paciente, organização destes dados para identificação das respostas humanas, sinais e sintomas e os fatores causais para tais respostas, de modo a planejar e implementar ações em conjunto com a equipe de enfermagem, com posterior avaliação.

Figueiredo et al. (2006) afirmam que, nos dias atuais, os assuntos relacionados à implementação do PE continuam sendo objeto de preocupação dos enfermeiros em diferentes âmbitos de atuação, estendendo-se à pesquisa, ensino e assistência. Em seu recente estudo, os autores relatam um aumento na média de publicações envolvendo o PE. E declaram que esta elevação pode ser decorrente do maior interesse das instituições em relação à temática e o crescente envolvimento de enfermeiros, docentes e pesquisadores com o tema.

Os autores reforçam que o processo de enfermagem nas instituições brasileiras existe desde a década de 80 e que este, ainda, se encontra em fase de construção, procurando-se caminhos e estratégias que o torne aplicável nas diferentes áreas de atuação de enfermagem.

Lima e Kurcgant (2006) apontam que é inegável o sucesso e a eficácia do PE como elemento norteador, ao longo dos anos. Contudo, os enfermeiros apontam barreiras para a

concretização deste modelo e a necessidade de transformação que agilize o processo de trabalho e otimize a qualidade das ações cuidativas e educativas.

Na percepção destes profissionais, o PE é um método de qualificação profissional que propicia valorização do papel dos enfermeiros nas instituições. Além disso, o PE desencadeia reconhecimento e valorização da assistência de enfermagem e maior eficácia, autonomia e cientificidade à profissão. As dificuldades apontadas pelos enfermeiros não se restringe à ordem estrutural, mas também organizacional, política e cultural (BACKES et al., 2005).

Em nosso estudo, não trabalhamos com os seis passos do processo de enfermagem, haja vista a complexidade do tema. Nos delimitamos nas fases de coleta de dados para aquisição de informações relevantes dos pacientes infartados que realizaram angioplastia com implementação de *stent* e na elaboração de diagnósticos de enfermagem deste grupo, ponto principal da pesquisa, no qual nos deu subsídios para o alcance dos objetivos propostos, pois, segundo Gordon (1990), os diagnósticos de enfermagem são modelos conceituais para que possamos interpretar as observações usadas para fazer julgamentos clínicos.

2.5 Diagnósticos de enfermagem

O raciocínio diagnóstico clínico deve possuir o objetivo de conseguir número e qualidade de informações adequadas que oriente a conduta do profissional perante o paciente. Seja para qual fim o processo diagnóstico será executado, este deverá respeitar os princípios éticos da não-maleficência e autonomia. Qualquer indivíduo que receba procedimentos com finalidades de assistência à saúde, pesquisa e ensino deve possuir estes direitos preservados. Quando o processo diagnóstico é praticado com fins assistenciais, deve-se preservar, ainda, o princípio ético da beneficência no qual dada intervenção não deverá ser realizada caso não ocasione benefícios para a saúde do paciente (LOPÉZ, 2001).

Ainda que o vocábulo diagnóstico já estivesse presente na literatura da área de enfermagem desde o ano de 1950, quando McManus descreveu as funções de responsabilidade do enfermeiro como a identificação ou o diagnóstico de problemas e a decisão sobre as intervenções de enfermagem a serem implementadas para a solução destes, até 1973 a etapa diagnóstica não estava incluída no processo de enfermagem (CARVALHO; GARCIA, 2002).

No começo dos anos de 1970, a Associação Norte-americana de Enfermagem (American Nurses Association – ANA) excluía metodicamente o vocábulo diagnóstico de enfermagem de suas publicações oficiais. Em 1973, sob a influência crescente do movimento de identificação e classificação dos diagnósticos de enfermagem, a ANA aceitou e legitimou o conceito ao publicar os *Padrões da Prática de Enfermagem*, estabelecendo, nesse documento, que o processo de enfermagem era composto de cinco fases, incluindo coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. Assim, pode-se dizer que este movimento de identificação e classificação dos diagnósticos marcou o início de uma nova era do processo de enfermagem e o princípio de um novo momento para a enfermagem, que, paulatinamente, avança para sua estruturação definitiva como uma ciência (CARVALHO; GARCIA, 2002).

A preocupação dos enfermeiros em desenvolver a enfermagem como ciência clínica aumentou o interesse em conceituar o diagnóstico de enfermagem, pois, anteriormente, o foco das atividades destes profissionais era a prescrição de atividades antes da identificação dos problemas de saúde dos assistidos (PÉREZ, 1992).

Horta (1979, p. 57), marco referencial na implantação do processo de enfermagem e na consolidação da enfermagem no Brasil, define diagnóstico de enfermagem como a “identificação das necessidades básicas afetadas e do grau de dependência do paciente em relação à enfermagem, para seu atendimento”.

Gordon e Sweeney (1979) ressaltam que, na enfermagem, a identificação de diagnósticos de problemas de saúde e o tratamento por enfermeiros são os primeiros passos na organização e construção de uma ciência clínica. Para estas, a definição de diagnóstico de enfermagem é uma dificuldade enfrentada pelo pesquisador, pois requer componentes estrutural, conceitual e de competência. Os componentes estruturais recorrem às características observáveis; o componente conceitual delinea o foco ou tipo de problema considerado no diagnóstico de enfermagem; e o componente de competência descreve o tipo de profissional que elabora o diagnóstico de enfermagem.

Gordon (1987) conceitua diagnóstico de enfermagem partindo do princípio de que pode ser visto como um processo, uma atividade que envolve o julgamento ou a afirmação que procura descrever o produto desse julgamento. Deste modo, como processo, o diagnóstico de enfermagem envolve a coleta, análise, interpretação e conclusão dos dados clínicos. Para

esta autora, o passo difícil é tornar o produto desse processo útil à prática, educação e pesquisa.

Neste contexto de conceito de diagnóstico de enfermagem como processo e produto, Carvalho e Garcia (2002) ressaltam que o *processo diagnóstico* consiste no conhecimento da natureza de um fenômeno, condição, situação ou problema através do exame e análise de seus atributos, exigindo do enfermeiro conhecimento teórico, experiência prática, bom senso, julgamento ético, intuição, inteligência e pensamento crítico, dentre outras habilidades possíveis. E o *produto da atividade diagnóstica* é a tomada de decisão resultante do exame e análise dos atributos de um fenômeno, condição, situação ou problema, ou seja, é o estabelecimento de uma afirmativa diagnóstica válida e confiável da resposta do paciente aos problemas de saúde ou aos processos vitais.

Carvalho (1996) complementa que o desenvolvimento da habilidade de pensar de modo crítico e tomar decisões cabíveis são requisitos à habilidade de diagnosticar. Quando um profissional identifica um problema de saúde ou condição do paciente, ele imerge em um processo de julgamento clínico que é, em si, a ação de diagnosticar.

Lima e Pereira (2003) colocam que quando o enfermeiro toma decisões ou faz escolhas, ele delinea a sua função e, quando solicitado a emitir uma opinião sobre algo se fizer de modo coerente e planejado, conquistará uma maior autonomia em seu fazer, pois os outros profissionais confiarão mais em seu poder de decisão e ação.

Nas últimas décadas, o entendimento crescente do termo diagnóstico de enfermagem acarretou numa maior ênfase deste com conseqüente ampliação na divulgação, tanto na sua implementação quanto na sua aplicabilidade na prática assistencial. Isto gerou o desenvolvimento de pesquisas e publicações de inúmeros livros e artigos sobre o assunto nas mais diversas áreas de atuação do enfermeiro (CARVALHO; GARCIA, 2002; THOMAZ; GUIDARDELLO, 2002).

Marin, Messias e Ostroski (2004) relatam que o diagnóstico de enfermagem tem recebido maior atenção dos profissionais da área devido a sua formulação adequada que direciona o planejamento, implementação e evolução do cuidado. Estas autoras realizaram um estudo bibliográfico pelo banco de dados do LILACS, a partir de 1990, com 26 artigos que faziam referência ao diagnóstico de enfermagem, segundo a taxonomia da NANDA. Analisando os dados, notaram um crescente aumento do número de artigos no período de

1996 a 1999, onde se encontram publicados 15 (57,69%) do total. Dos 78 pesquisadores, oito (10,1%) eram estudantes de pós-graduação, 40 (50,6%) eram enfermeiros docentes e 30 (38%) assistencialistas. Quanto às vantagens da aplicabilidade dos diagnósticos da NANDA como instrumento, os artigos revelaram melhoria da qualidade da assistência, aplicabilidade com diferentes referenciais teóricos, direcionamento da assistência, desenvolvimento do corpo de conhecimento e uniformização da comunicação. Quanto aos limites impostos, as publicações enfatizaram a falta de preparo profissional e a exigência de mudança de postura.

O diagnóstico de enfermagem representa uma das mais importantes fontes de conhecimento científico no campo da enfermagem. Ele fornece critérios mensuráveis para análise dos cuidados prestados, direciona a assistência, estimula o paciente a ser ativo em seu plano terapêutico, facilita a pesquisa e o ensino e contribui para expansão de uma gama de conhecimentos próprios da enfermagem (JESUS, 2000).

Na prática assistencial, os enfermeiros destacam como viáveis para a sistematização da assistência de enfermagem apenas as fases de histórico, prescrição de atividades e evolução de enfermagem, excluindo o diagnóstico de enfermagem (DANZI; GRAZIANO, 2001). O mesmo foi encontrado por Matté, Thofhern e Muniz (2001) pelos quais os enfermeiros colocam que não aplicam todo o processo de enfermagem, mas, apenas, o histórico de enfermagem simplificado e a evolução diária. As autoras ressaltam que para implantação e continuidade das outras fases do PE, inclusive o de diagnosticar, os enfermeiros necessitam estar preparados, com conhecimentos científicos adequados e manter-se atualizado, buscando novos conhecimentos.

A aplicação do processo de enfermagem com identificação dos diagnósticos de enfermagem, na prática, parece não ser tão fácil. Em uma unidade de recuperação pós-anestésica, a aplicabilidade desta fase do PE é expressada pelos enfermeiros como uma experiência difícil, pois exige mudança na postura como profissional, impõe uma reflexão acerca dos dados clínicos utilizando terminologia própria e o registro explícito do estado do paciente que configura em cuidados de enfermagem. Isto tem despertado, nos enfermeiros, sentimentos de insegurança decorrente da complexidade na realização dos diagnósticos de enfermagem (GUERRIERO; GUIMARÃES; MARIA, 2000).

A interpretação dos dados do paciente é complexa e diversa, contribuindo para o risco de diminuição na acurácia dos diagnósticos de enfermagem (LUNNEY, 2003a). Para

tanto, Lunney (2003b) aponta 10 estratégias para o autodesenvolvimento do pensamento crítico para a acurácia dos diagnósticos de enfermagem: 1. pensar com seu próprio pensamento; 2. conectar com os pensamentos dos outros; 3. identificar e desafiar suposições, inferências e/ou interpretações; 4. considerar possibilidades alternativas e usar ceticismo reflexivo; 5. equilibrar o ceticismo reflexivo com confiança em si e nos outros; 6. desenvolver sensibilidade para os fatores contextuais; 7. avaliar a credibilidade da evidência; 8. reconhecer e aceitar o conhecimento cognitivo; 9. tolerar a ambigüidade do julgamento clínico; 10. controlar a ansiedade sobre a possibilidade de estar errada.

Os diagnósticos de enfermagem possuem três componentes estruturais: resposta humana, características definidoras e fatores relacionados. A resposta humana é a situação apresentada pelo paciente que necessita de intervenção. As características definidoras são os indicadores, os sinais/sintomas que caracterizam a resposta humana e os fatores relacionados é a condição que favorece a ocorrência da resposta humana apresentada. Além destes, existem os fatores de risco que são os indicadores que assinalam o alto risco de uma determinada resposta do paciente e, ao mesmo tempo, são os elementos que favorecem o risco aumentado (CRUZ, 1994).

Decorrente da divulgação dos diagnósticos de enfermagem em vários locais do mundo e da necessidade de se reconhecer os dados dos pacientes como o intuito de agrupá-los, classificá-los, analisá-los e transformá-los em informações, houve a necessidade de uniformização da terminologia em enfermagem (LIMA; KURCGANT, 2006).

Esta necessidade de um sistema de classificação diagnóstica estimulou a realização da Primeira Conferência Nacional de Classificação de Diagnósticos de Enfermagem nos Estados Unidos, em 1973 (GORDON, 1979).

A conferência teve como finalidade dar início ao diálogo entre enfermeiras docentes e assistenciais sobre a probabilidade de padronização de uma nomenclatura que pudesse descrever as situações ou condições que eram diagnosticadas e tratadas na prática profissional de enfermagem. As participantes da conferência elaboraram e aprovaram a primeira lista de diagnósticos de enfermagem e formaram um grupo de trabalho para dar continuidade ao esforço de identificação e classificação dos conceitos que indicam e delimitam o domínio de interesse e de ação profissional da enfermagem. A cada dois anos, conferências similares passaram a ser realizadas e, a partir de 1977, começou o trabalho de elaboração de um sistema

conceitual para fundamentar a organização dos diagnósticos de enfermagem em uma taxonomia (GARCIA; NÓBREGA, 2004).

Em 1982, após dez conferências bienais, foi criada a North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), no qual assumiu os trabalhos das conferências (CRUZ, 1994). A classificação da NANDA foi o primeiro sistema desenvolvido para representar os estados do paciente ou condições no qual o enfermeiro trabalha (CLARK; CRAFT-ROSENBERG; DELANEY, 2000).

No Brasil, a taxonomia da NANDA foi o primeiro sistema de classificação para diagnósticos de enfermagem disponível em português, traduzida e modificada por Nóbrega e Garcia (VALE; LOPES, 2002). Segundo Lima, Pereira e Chianca (2006), o modelo taxonômico da NANDA contribui para elaboração de um plano de cuidados individualizado, favorece a evolução das ações cuidativas de enfermagem e instiga a participação do cliente no tratamento.

Ercole et al. (2000) complementam que os diagnósticos de enfermagem propostos pela NANDA é a mais conhecida pelos enfermeiros, pois estabelece uma definição conceitual e estrutural da profissão configurando-se em instrumento capaz de unir a teoria à prática, por meio do conhecimento científico.

A NANDA (2005, p. 283) define a expressão Diagnóstico de enfermagem, aprovado em sua 9ª Conferência, em 1990, como “um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde / processos vitais reais ou potenciais. O diagnóstico de enfermagem proporciona a base para a seleção de intervenções de enfermagem para atingir resultados pelos quais a enfermeira é responsável”.

No mesmo ano de sua criação, a NANDA construiu uma taxonomia no qual refletia os Padrões do ser humano unitário. Em 1984, este conceito evoluiu para os nove Padrões de resposta humana: trocar, comunicar, relacionar, valorizar, escolher, mover, perceber, conhecer e sentir. Essa estrutura conceitual permaneceu por 16 anos, durante os quais, a cada conferência bienal, vários diagnósticos foram adicionados e outros revisados. Entre as pessoas que se dedicavam ao estudo e à aplicação dos diagnósticos de enfermagem da NANDA, no entanto, havia uma certa insatisfação com a estrutura da taxonomia – os Padrões de respostas humanas – que não parecia ser adequada do ponto de vista da prática assistencial, além de dificultar a classificação de novos diagnósticos. Era necessário, também, adaptar a taxonomia

às modernas convenções de manuseio de terminologia entre bases de dados relacionados e desenvolver uma estrutura mais eficiente para sua inclusão em prontuários eletrônicos (GARCIA; NÓBREGA, 2004).

Após a conferência bienal de 1994, houve uma discussão sobre a construção de uma nova estrutura taxonômica, para inserir diagnósticos de enfermagem recém aprovados na estrutura revisada da taxonomia I. Em 2000, durante a 14^a. Conferência da NANDA, foi apresentada aos participantes uma nova estrutura taxonômica e, em 2001, foi publicada sua taxonomia II projetada para ser multiaxial em seu delineamento, com aumento substancial na flexibilidade da nomenclatura e permitindo fáceis acréscimos e modificações. Esta taxonomia é organizada em 13 domínios, 46 classes, 93 conceitos diagnósticos e 155 diagnósticos de enfermagem (NANDA, 2002). Na publicação revisada da taxonomia II da NANDA de 2003-2004, há o acréscimo de 12 diagnósticos de enfermagem novos, incluindo 11 de promoção de saúde/bem-estar e três revisões (NANDA, 2005).

Portanto, considerando os objetivos propostos deste estudo, nos delimitamos nas fases de levantamento de dados e na identificação de diagnósticos de enfermagem segundo a taxonomia II da NANDA, versão 2005-2006, tendo em vista as habilidades prévias da pesquisadora com o uso desta na prática assistencial e docente, de modo a registrar as reações dos pacientes infartados que realizaram angioplastia coronariana com o emprego de *stent* com vista a facilitar, em um outro momento, a escolha de intervenções mais adequadas a esta clientela.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Analisar os diagnósticos de enfermagem em pacientes com infarto agudo do miocárdio submetidos à angioplastia transluminal percutânea primária com uso de *stent* coronariano.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar as características definidoras apresentadas pelos pacientes com infarto do miocárdio que realizaram angioplastia primária com *stent*;
- Levantar as respostas humanas apresentadas pelo grupo;
- Levantar os fatores relacionados apresentados pelos infartados submetidos à angioplastia com *stent*;
- Verificar a associação entre respostas humanas apresentadas, bem como entre estas e os dados sócio-demográficos e fatores relacionados encontrados.

4 MATERIAS E MÉTODOS

4.1 Natureza do estudo

O presente estudo foi transversal, por tratar-se de uma pesquisa que permitiu uma investigação em um determinado momento da situação de saúde de um grupo de pacientes infartados tratados com angioplastia e *stent*, e de natureza descritiva-exploratória. Descritiva, pois procurou-se observar, registrar, analisar e correlacionar os fatos e as variáveis sem que houvesse manipulação e obter novas percepções e idéias acerca do assunto em questão. Exploratória, porque buscou-se um aprimoramento de idéias e obtenção de maiores informações sobre o tema para, assim, alcançar uma maior familiaridade com o problema despertando novas percepções (GIL, 2002; ROUQUAYROL, 2003). Ambos possibilitaram estudar características dos pacientes infartados que realizaram angioplastia percutânea primária com colocação de *stent* coronariano.

4.2 Campo de realização do estudo

A pesquisa se desenvolveu em um hospital público do Município de Fortaleza, CE. Esta instituição foi escolhida por ser especializada e referência Norte-Nordeste em doenças cardíacas e pulmonares, ser um hospital de ensino e atender um quantitativo importante de pacientes com diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio.

O hospital atende uma grande demanda de pacientes cardiopatas e pneumopatas das mais variadas classes sociais e faixas etárias provenientes da capital, do interior do Ceará, bem como de outros estados, além de ter como filosofia de trabalho, a integração das atividades de assistência, ensino e pesquisa.

Os tratamentos ofertados à população assistida são ambulatorial, de emergência e de internação clínico-cirúrgica. O hospital realiza uma variedade de exames diagnósticos diariamente, como laboratoriais, raios-X, espirometria, teste ergométrico, holter, monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA), ecocardiograma, tomografia computadorizada, cateterismo cardíaco, dentre outros.

Nosso foco de atenção foi o setor de hemodinâmica que funciona 24 horas por dia realizando cateterismo cardíaco como diagnóstico e, segundo análise das coronárias, submetendo os pacientes ao tratamento da angioplastia percutânea com uso do balão e/ou implante de *stent* coronarianos. Este setor conta com uma equipe especializada de

enfermeiros, médicos intervencionistas, auxiliares/técnicos de enfermagem, técnicos de raios-x, secretárias, agentes de serviços gerais, dentre outros.

A sala de hemodinâmica do referido hospital realiza exames diariamente em caráter eletivo e de urgência. Os pacientes que são encaminhados à hemodinâmica são provenientes dos setores da emergência, unidades de terapia intensiva, enfermarias clínica e cirúrgica cardíacas ou transferidos de outros hospitais.

Chegando ao setor de hemodinâmica, os pacientes são assistidos pelo enfermeiro plantonista que avalia o estado físico e emocional do paciente, os sinais vitais, analisa exames laboratoriais prévios, investiga doenças crônicas e alergias em geral, principalmente relacionadas ao iodo devido contraste administrado via endovenosa durante todo o decorrer do procedimento. Neste primeiro contato, a relação de confiança entre profissional e paciente é iniciada para que esta perdure durante o período de permanência neste setor. O enfermeiro explica ao paciente sobre a intervenção a ser realizada de modo a diminuir sentimentos comuns de ansiedade e medo presentes nos pacientes, sobretudo quando o procedimento tem caráter emergencial.

Finalizado o procedimento, após 6 horas, somente recebem alta os pacientes que realizaram apenas o cateterismo cardíaco de caráter eletivo e que não necessitem de internação imediata após a análise das coronárias.

Para aqueles submetidos ao cateterismo cardíaco e intervenção com angioplastia e *stent*, segundo o quadro clínico, estes pacientes retornam aos seus leitos de origem, ou são transferidos para unidades de tratamento intensivo (UTI) ou, ainda, encaminhados para uma enfermaria de cuidados semi-intensivos com dois leitos, exclusiva para pacientes submetidos à angioplastia.

Todos os angioplastados são transferidos da sala de hemodinâmica portando o introdutor (bainha) em artéria femoral direita, normalmente utilizado como via arterial para passagem dos cateteres, infusão do contraste e monitorização da pressão arterial durante a realização da intervenção coronariana. O infartado permanece com a bainha durante 6 horas após o procedimento e é orientado a não fletir o membro cateterizado para evitar o surgimento de complicações locais, como hematoma ou pseudoaneurismas. Após a retirada do introdutor, que pode ser feito retornando à sala de hemodinâmica ou no leito de internamento, o paciente deverá permanecer com a mesma restrição por mais 6 horas.

Assim, nosso enfoque foram os pacientes em seu primeiro episódio de infarto que realizaram angioplastia primária com sucesso no uso do *stent* e que estavam alocados nas enfermarias com especialidade cardíaca.

4.3 População e amostra

A população do estudo constou de 51 pacientes internados em enfermarias clínicas, com especialidade cardíaca, diagnosticados com infarto do miocárdio. Este diagnóstico foi confirmado através de dados clínicos, alterações eletrocardiográficas e/ou exames laboratoriais pela dosagem de enzimas cardíacas, como CPK e CK-MB.

Os indivíduos que participaram da pesquisa foram de ambos os sexos e obedeceram aos seguintes critérios de inclusão:

- ❖ ter diagnóstico confirmado de Infarto agudo do Miocárdio;
- ❖ estar em seu primeiro episódio de infarto;
- ❖ ter sido submetido à ATC primária com sucesso na colocação de *stent*;
- ❖ não ter história prévia de ATC e cirurgias cardíacas;
- ❖ estar internado em enfermarias cardiológicas (ou em seu leito de origem ou em seu leito de transferência) com no mínimo de 2 horas pós-angioplastia, tempo dado para início do período de restabelecimento e com no máximo de 2 dias de internação após o procedimento, de modo a uniformizar a clientela estudada;
- ❖ possuir quadro clínico evoluindo sem precordialgia;
- ❖ estar, segundo a Classificação de Killip, nas classes I ou II devido menor severidade da disfunção ventricular cardíaca e menor taxa de mortalidade. Segundo Piegas et al. (1993), a Classificação de Killip avalia a severidade clínica da insuficiência miocárdica apresentada pelos infartados. É composta de 4 grupos: Classe 1- sem sinais de insuficiência cardíaca (taxa de mortalidade (TM) de 6%); Classe 2- insuficiência cardíaca discreta e moderada, com presença de B3, estertores basais pulmonares, taquicardia, congestão pulmonar visível pelo raio X de tórax (TM de 17%); Classe 3- insuficiência cardíaca severa, com desenvolvimento de edema agudo de pulmão (TM de 38%) e Classe 4- choque cardiogênico (TM de 81%);

- ❖ ter idade mínima de 21 anos devido maioridade, tendo o paciente responsabilidade por si e idade máxima de 65 anos, pois os infartados com idade superior a esta possuem quadro clínico de IAM mais grave e com maior extensão da área isquemiada (Leal et al, 2002);
- ❖ ser capaz de estabelecer diálogo coerente;
- ❖ aceitar participar do estudo após prévio esclarecimento, assinando o termo de consentimento informado.

Inicialmente, foi enviado um ofício do Setor de Educação Continuada do hospital estudado para o setor de hemodinâmica, solicitando acesso da pesquisadora ao livro de registro. Este livro contém dados de todos os pacientes que realizaram algum tipo de procedimento invasivo no referido setor. Os dados analisados referiram-se a quantidade de pacientes com diagnóstico de infarto do miocárdio que realizaram angioplastia coronariana durante os meses de junho de 2004 a maio de 2005, perfazendo um total de 541 procedimentos. De posse destes dados, foi possível a realização do cálculo da amostra.

A amostra foi determinada a partir da aplicação de uma fórmula que enfoca o nível de confiança (95%), o erro amostral (5%) e o tamanho da população (541). A prevalência do infarto usada foi de 3,5%, segundo dados da American Heart Association para o ano de 2005. Pelo cálculo, a amostra correspondeu a 51 pacientes infartados. O cálculo amostral utilizado foi:

$$n = \frac{t_{1\%}^2 * P * Q * N}{e^2 (N-1) + t_{1\%}^2 * P * Q}$$

Onde:

n = tamanho da amostra;

t_{1%} = valor tabelado da distribuição t de Student ao nível de significância de 1%;

e = erro amostral absoluto;

N = tamanho da população;

Q = porcentagem complementar (100-p);

P = prevalência da doença;

A técnica da amostragem empregada foi a amostra por conveniência do tipo consecutiva, formada por pacientes que atendessem aos critérios de inclusão da pesquisa e que estivessem internados durante o período de coleta até completar o tamanho estimado da amostra. Segundo Vieira (2003), as amostras por conveniência são comuns nas pesquisas da área da saúde com pacientes restritos a uma clínica ou hospital.

4.4 Instrumento de coleta de dados

O instrumento utilizado na coleta de dados constou de um formulário estruturado necessário à aquisição de dados sobre o estado de saúde global dos pacientes infartados e angioplastados com *stent*.

Este instrumento, composto predominantemente de perguntas fechadas, foi preenchido em três momentos:

- ❖ entrevista, realizada no próprio leito do paciente, foi baseada num roteiro sistematizado construído a partir da identificação e classificação dos diagnósticos de enfermagem propostas pela Taxonomia II da NANDA, versão 2005-2006, dividida em domínios, classes, conceitos diagnósticos e diagnósticos (Apêndice B). Antes da aplicação do formulário, foi feita uma apresentação da pesquisadora expondo os objetivos do estudo e solicitando o livre consentimento do paciente para aquisição dos dados (Apêndice A). Este foi um momento de interação entre pesquisadora e pesquisado;
- ❖ exame físico, também realizado no leito do paciente, seguiu formulário construído com base no instrumento de coleta de dados elaborado pelo Grupo de Estudos sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem do Hospital São Paulo (UNIFESP/EPM), citado por Barros et al. (2002). Este passo constou de uma série de verificações de medidas e avaliações físicas para determinação das características definidoras (Apêndice 2). Para o seu preenchimento, foram necessários instrumentos de trabalho como estetoscópio, esfignomanômetro calibrado, termômetro, lanterna, fita métrica e relógio de pulso. Os procedimentos técnicos e medidas utilizadas estão descritos no Apêndice C;
- ❖ consulta ao prontuário do paciente para aquisição de dados laboratoriais e dos procedimentos realizados.

4.5 Coleta de dados

Para a realização da coleta de dados foi enviado, primeiramente, um ofício para o Comitê de ética e pesquisa da instituição hospitalar envolvida, com uma cópia do projeto, solicitando autorização para o início do estudo. Após autorização escrita do Comitê do referido hospital, a coleta de dados foi iniciada, tendo abrangido o período de janeiro a agosto de 2006.

4.6 Organização e análise dos dados

Depois de recolhidos os dados, os mesmos foram organizados em tabelas no Programa Excel, o que nos permitiu a identificação do perfil sócio-demográfico e clínico, os diagnósticos de enfermagem, as características definidoras e os fatores relacionados e de risco dos pacientes com IAM que realizaram ATC com *stent*. O processo de raciocínio diagnóstico seguiu as etapas preconizadas por Gordon (1994) que incluiu: coleta, interpretação / agrupamento da informação e definição das categorias diagnósticas. Após esta organização, os dados foram cruzados a fim de se verificar a associação e discordância entre estes.

Os dados foram descritos por frequência absoluta e percentual. Foram utilizados os Intervalos de confiança de 95%, a razão de chance e as medidas de tendência central e dispersão. Os dados foram estatisticamente tratados pelo programa SPSS, na versão 13.0.

Para análise de associação entre as variáveis categóricas, utilizaram-se os testes estatísticos do qui-quadrado de Pearson. Para frequências esperadas maiores que 5 e menores que 20, utilizamos a correção de Yates. Para frequências esperadas menores que 5 foi aplicado o teste exato de Fisher. A razão de chance (OR) e o coeficiente Phi foram calculados para verificar a força de associação.

As variáveis numéricas foram testadas quanto à distribuição normal pelo teste de Kolmogorov-Smirnov e quanto à homocedasticidade pelo teste de Levene. Para o cruzamento de uma variável categórica com uma numérica, utilizou-se o teste T supondo variâncias iguais ou desiguais conforme resultado do teste de Levene. Para uma significância estatística, adotou-se um nível de significância de 5%.

4.7 Aspectos éticos e legais da pesquisa

Antecedendo à coleta de dados, uma apresentação foi feita ao paciente expondo-lhe informações sobre a pesquisa, os objetivos e questões concernentes ao estudo. Após este momento, foram solicitadas a participação e autorização para anotação dos dados requerendo, do paciente, sua assinatura no Termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 1). Para o pesquisado que não soubesse escrever o nome, foi realizada sua identificação pela digital do polegar direito.

Foram garantidos o anonimato da identidade dos pacientes, o acesso aos dados da pesquisa e liberdade de desistirem desta quando desejarem, em atenção aos preceitos contidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), definidora das diretrizes e das normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos.

5 RESULTADOS

O processo de julgamento clínico realizado após a coleta de dados com os 51 pacientes que realizaram angioplastia com implantação de *stent*, deu subsídio para que se traçasse um perfil sócio-demográfico e clínico da clientela estudada, bem como a identificação das características definidoras, respostas humanas e fatores relacionados, compondo, assim, os diagnósticos de enfermagem presentes neste grupo de pacientes.

A seguir, apresentamos as tabelas com os resultados encontrados.

Tabela 1- Dados sócio-demográficos de pacientes infartados submetidos à angioplastia coronariana com *stent*. Fortaleza, 2007.

Variáveis	No.	%	IC 95%	
Sexo				
Masculino	37	72,5%	58,3 – 84,1%	
Feminino	14	27,5%	15,9 – 41,7%	
Total	51	100,0%		
Raça				
Branca	4	7,8%	2,2 – 18,9%	
Pardo	34	66,7%	52,1 – 79,2%	
Negro	13	25,5%	14,3 – 39,6%	
Total	51	100,0%		
Naturalidade				
Capital	19	37,3%	24,1 – 51,9%	
Interior	30	58,8%	44,2 – 72,4%	
Outro Estado	2	3,9%	0,5 – 13,5%	
Total	51	100,0%		
Procedência				
Capital	28	54,9%	40,3 – 68,9%	
Interior	23	45,1%	31,1 – 59,7%	
Total	51	100,0%		
Presença de companheiro				
Com companheiro	41	80,4%	66,9 – 90,2%	
Sem companheiro	10	19,6%	9,8 – 33,1%	
Total	51	100,0%		
Religião				
Católica	47	92,2%	81,1 – 97,8%	
Outras	4	7,8%	2,2 – 18,9%	
Total	51	100,0%		
	K-S (Valor p)	Média	Desvio padrão	Mediana
Idade	0,413	54,24	7,369	56,00
Escolaridade	0,058	6,22	4,388	5,00
Renda familiar	0,001	1055,10	938,707	800,00

O perfil sócio-demográfico dos pacientes encontra-se na Tabela 1. Caracterizando estes infartados, 37 pacientes (72,5%) eram do sexo masculino, com raça parda predominante (66,7%). A maior parte destes era natural do interior do Estado do Ceará (58,8%), embora a maioria dos pacientes admitidos no hospital estudado tenha sido procedente da Capital cearense (54,9%).

Quanto à variável presença de companheiro, 41 pacientes (80,4%) afirmaram a presença de companheiro em suas vidas conjugais, não importando, neste estudo, o tipo de relação conjugal existente. Do total, 47 informaram como religião a católica (92,2%). A média de idade dos pacientes acometidos pelo infarto variou de 54,24 anos ($\pm 7,36$) o que demonstra a presença desta patologia na população ainda em fase produtiva.

Percebemos, ainda, que o nível de escolaridade destes pacientes era baixo, com média de anos estudados de 6,22 ($\pm 4,38$). Com relação à renda familiar, os pacientes relataram ter renda familiar média mensal de R\$ 1055,10 ($\pm 938,707$).

Tabela 2 – Dados clínicos de pacientes infartados submetidos à angioplastia coronariana com *stent*. Fortaleza, 2007.

Variáveis	No.	%	IC 95%	
Diagnóstico médico				
IAM anterior	35	68,6%	54,1 – 80,9%	
IAM inferior	15	29,4%	17,5 – 43,8%	
Outros IAM	1	2,0%	0,0 – 10,4%	
Total	51	100,0%		
Artéria culpada pelo IAM				
Descendente Anterior (DA)	35	68,6%	54,1 – 80,9%	
Coronária Direita (CD)	15	29,4%	17,5 – 43,8%	
Outra artéria	1	2,0%	0,0 – 10,4%	
Total	50	100,0%		
Classificação de Killip				
I	48	94,1%	83,8 – 98,8%	
II	3	5,9%	1,2 – 16,2%	
Total	51	100,0%		
	Ks (Valor p)	Média	Desvio padrão	Mediana
Nº de Diagnósticos de Enfermagem	0,056	11,02	3,90	12,00
Nº de Características Definidoras	0,279	28,41	13,73	32,00
Nº de Fatores Relacionados	0,445	6,84	2,31	7,00
Nº de Fatores de Risco	0,000	5,59	4,67	2,00

Em relação à situação clínica, 35 pacientes (68,6%) apresentaram diagnóstico médico de infarto do miocárdio de parede anterior, tendo a obstrução na Artéria Descendente Anterior Esquerda (DA) como a maior responsável pelo acometimento do episódio de infarto na população estudada (68,6%). Com relação à Classificação proposta por Killip que avalia o grau de severidade do infarto, 48 pacientes (94,1%) apresentaram grau I, significando que a maioria dos pacientes estudados foram acometidos por infarto de intensidade leve.

Em média, foram encontrados 11 diagnósticos de enfermagem por paciente infartado. Composto estes, foi identificada uma média de 28 características definidoras por paciente. Quanto ao número de fatores relacionados e fatores de risco, este foi proporcional de 1:1 para cada diagnóstico, tendo em vista que a soma dos dois tipos de fatores aproxima-se do número médio de diagnósticos identificados.

Tabela 3 – Diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes infartados submetidos à angioplastia coronariana com *stent*. Fortaleza, 2007.

Diagnósticos de Enfermagem	Nº	%	IC 95%	
1. Risco de Infecção	51	100,0%	93,0 – 0,0%	
2. Dentição prejudicada	49	96,1%	86,5 – 99,5%	
3. Intolerância à atividade	49	96,1%	86,5 – 99,5%	
4. Déficit no autocuidado para banho/higiene	39	76,5%	62,5 – 87,2%	
5. Déficit no autocuidado para higiene íntima	39	76,5%	62,5 – 87,2%	
6. Padrão de sono perturbado	38	74,5%	60,4 – 85,7%	
7. Deambulação prejudicada	36	70,6%	56,2 – 82,5%	
8. Mobilidade física prejudicada	35	68,6%	54,1 – 80,9%	
9. Déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se	35	68,6%	54,1 – 80,9%	P75
10. Mobilidade no leito prejudicada	30	58,8%	44,2 – 72,4%	
11. Capacidade de transferência prejudicada	28	54,9%	40,3 – 68,9%	
12. Controle ineficaz do regime terapêutico	20	39,2%	25,8 – 53,9%	
13. Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais	19	37,3%	24,1 – 51,9%	
14. Risco de Constipação	17	33,3%	20,8 – 47,9%	
15. Dor aguda	14	27,5%	15,9 – 41,7%	
16. Ansiedade	11	21,6%	11,3 – 35,3%	
17. Fadiga	8	15,7%	7,0 – 28,6%	
18. Medo	8	15,7%	7,0 – 28,6%	P50
19. Risco de solidão	6	11,8%	4,4 – 23,9%	
20. Padrões de sexualidade ineficazes	6	11,8%	4,4 – 23,9%	
21. Retenção urinária	3	5,9%	1,2 – 16,2%	
22. Baixa autoestima situacional	3	5,9%	1,2 – 16,2%	
23. Volume de líquidos deficiente	2	3,9%	0,5 – 13,5%	
24. Débito cardíaco diminuído	2	3,9%	0,5 – 13,5%	
25. Disfunção sexual	2	3,9%	0,5 – 13,5%	
26. Dor crônica	2	3,9%	0,5 – 13,5%	
27. Deglutição prejudicada	1	2,0%	0,0 – 10,4%	P25
28. Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais	1	2,0%	0,0 – 10,4%	
29. Eliminação urinária prejudicada	1	2,0%	0,0 – 10,4%	
30. Constipação percebida	1	2,0%	0,0 – 10,4%	
31. Sentimento de impotência	1	2,0%	0,0 – 10,4%	
32. Risco de Baixa autoestima situacional	1	2,0%	0,0 – 10,4%	
33. Distúrbio na imagem corporal	1	2,0%	0,0 – 10,4%	
34. Risco de Síndrome do estresse por mudança	1	2,0%	0,0 – 10,4%	
35. Ansiedade relacionado à morte	1	2,0%	0,0 – 10,4%	
36. Integridade da pele prejudicada	1	2,0%	0,0 – 10,4%	
37. Náusea	1	2,0%	0,0 – 10,4%	

IC - Intervalo de Confiança; P75- Percentil 75; P50- Percentil 50; P25- percentil 25.

Foram identificados o total de 37 diagnósticos de enfermagem na população estudada. Apenas o diagnóstico Risco de Infecção esteve presente em 100% dos infartados que realizaram angioplastia por esta ser um procedimento altamente invasivo. O diagnóstico Dentição prejudicada esteve presente em 96,1% dos pacientes estudados. Esta incidência pode ser influenciada pelas características sócio-demográficas da amostra, incluindo, principalmente, a baixa escolaridade e a idade. O diagnóstico Intolerância à atividade também se destaca devido sua frequência percentual de 96,1%. Este diagnóstico está intrinsecamente relacionado com as repercussões hemodinâmicas advindas do infarto decorrente do processo isquêmico que compromete as relações de demanda e suporte de oxigênio.

Outros diagnósticos de enfermagem que apresentaram frequência acima do percentil 75 incluíram: Déficit no Autocuidado para banho/higiene e Déficit no Autocuidado para higiene íntima (76,5%), Padrão de sono perturbado (74,5%), Deambulação prejudicada (70,6%), Mobilidade física prejudicada e Déficit no Autocuidado para vestir-se/arrumar-se (68,6%). Os diagnósticos que refletem problemas de mobilidade foram frequentes devido à necessidade terapêutica de repouso e diminuição do consumo de oxigênio pelo miocárdio e pela existência de barreiras físicas, como a presença ou retirada em tempo inferior a 6 horas da bainha em femoral direita. Esta limitação repercutiu direta e negativamente nas atividades diárias que poderiam ser desempenhadas independentemente, como banho, higiene, vestimenta e outras.

Gostaríamos de destacar, também, os diagnósticos de enfermagem Mobilidade no leito prejudicada e Capacidade de transferência prejudicada que apesar de estarem entre os percentis 75 e 50, estiveram presentes em mais de 50% dos infartados, com frequência percentual de 58,8% e 54,9%, respectivamente. Outros 26 diagnósticos de enfermagem estiveram presentes nos infartados, porém em menor frequência de manifestação.

Tabela 4 – Características definidoras identificadas em pacientes infartados submetidos à angioplastia coronariana com *stent*. Fortaleza, 2007.

Características definidoras	Nº	%	IC 95%
1. Alterações eletrocardiográficas refletindo arritmia ou isquemia	48	94,1%	83,8 – 98,8%
2. Ausência de alguns dentes ou ausência completa	48	94,1%	83,8 – 98,8%
3. Incapacidade de realizar higiene íntima apropriada	39	76,5%	62,5 – 87,2%
4. Incapacidade de manipular as roupas para realizar a higiene íntima	38	74,5%	60,4 – 85,7%
5. Incapacidade de lavar o corpo ou partes do corpo	37	72,5%	58,3 – 84,1%
6. Incapacidade de obter ou chegar à fonte de água	37	72,5%	58,3 – 84,1%
7. Incapacidade de pegar os artigos para banho	37	72,5%	58,3 – 84,1%
8. Incapacidade de secar o corpo	37	72,5%	58,3 – 84,1%
9. Incapacidade de entrar e sair do banheiro	37	72,5%	58,3 – 84,1%
10. Incapacidade de chegar ao vaso sanitário ou à cadeira higiênica	37	72,5%	58,3 – 84,1%
11. Capacidade prejudicada de andar às distâncias necessárias	36	70,6%	56,2 – 82,5%
12. Amplitude limitada de movimento	35	68,6%	54,1 – 80,9%
13. Capacidade prejudicada de pôr ou tirar itens necessários de vestuário	35	68,6%	54,1 – 80,9%
14. Incapacidade de pegar roupas	35	68,6%	54,1 – 80,9%
15. Incapacidade de calçar sapatos	35	68,6%	54,1 – 80,9%
16. Capacidade limitada para desempenhar as habilidades motoras grossas	34	66,7%	52,1 – 79,2%
17. Três ou mais despertares durante a noite	34	66,7%	52,1 – 79,2%
18. Insatisfação com o sono	34	66,7%	52,1 – 79,2%
19. Incapacidade de colocar roupas na parte inferior do corpo	34	66,7%	52,1 – 79,2%
20. Incapacidade de tirar roupas	34	66,7%	52,1 – 79,2%
21. Incapacidade de calçar meias	34	66,7%	52,1 – 79,2%
22. Queixas verbais de dificuldade para adormecer	33	64,7%	50,1 – 77,6%
23. Capacidade prejudicada de virar-se de um lado para outro	31	60,8%	46,1 – 74,2%
24. Dificuldade para virar-se	31	60,8%	46,1 – 74,2%
25. Capacidade prejudicada de mover-se da supina para sentada	30	58,8%	44,2 – 72,4%
26. Capacidade prejudicada de mover-se da supina para prona	30	58,8%	44,2 – 72,4%
27. Capacidade prejudicada para esquivar-se	30	58,8%	44,2 – 72,4%
28. Despertares prolongados	30	58,8%	44,2 – 72,4%
29. Capacidade prejudicada transferir-se da cama para cadeira e da	29	56,9%	42,2 – 70,7%

cadeira para a cama				
30. Prazo de início do sono maior que 30 minutos	21	41,2%	27,6 – 55,8%	
31. Relato de fadiga e/ou fraqueza	20	39,2%	25,8 – 53,9%	P75
32. Comer em resposta a estímulos externos	18	35,3%	22,4 – 49,9%	
33. Escolha da vida diária ineficazes para atingir os objetivos de um programa de tratamento ou de prevenção	17	33,3%	20,8 – 47,9%	
34. Tempo total de sono menor do que o padrão de idade	17	33,3%	20,8 – 47,9%	
35. Distúrbio do sono	17	33,3%	20,8 – 47,9%	
36. Dentes desgastados	16	31,4%	19,1 – 45,9%	
37. 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	14	27,5%	15,9 – 41,7%	
38. Relato verbal de dor	14	27,5%	15,9 – 41,7%	
39. Nível de atividade sedentário	13	25,5%	14,3 – 39,6%	
40. Expressão facial	11	21,6%	11,3 – 35,1%	
41. Evidência observada	10	19,6%	9,8 – 33,1%	
42. Ansioso	9	17,6%	8,4 – 30,9%	
43. Peso 20% acima do ideal para a altura e a compleição	9	17,6%	8,4 – 30,9%	
44. Preocupações expressas devidas a mudanças em eventos da vida	9	17,6%	8,4 – 30,9%	
45. Preocupação	9	17,6%	8,4 – 30,9%	
46. Identifica objeto do medo	8	15,7%	7,0 – 28,6%	
47. Preocupado, apreensivo	8	15,7%	7,0 – 28,6%	
48. Relato de apreensão	7	13,7%	5,7 – 26,3%	
49. Falta de energia	7	13,7%	5,7 – 26,3%	
50. Incapacidade de manter as rotinas habituais	7	13,7%	5,7 – 26,3%	
51. Fadiga	7	13,7%	5,7 – 26,3%	
52. Incerteza	7	13,7%	5,7 – 26,3%	
53. Mudança no apetite	7	13,7%	5,7 – 26,3%	
54. Dificuldades, limitações ou mudanças nos comportamentos sexuais	6	11,8%	4,4 – 23,9%	
55. Aumento das necessidades de repouso	5	9,8%	3,3 – 21,4%	
56. Cansaço	5	9,8%	3,3 – 21,4%	
57. Verbaliza desejo de controlar o tratamento da doença e a prevenção de seqüelas	5	9,8%	3,3 – 21,4%	
58. Ruminação	5	9,8%	3,3 – 21,4%	
59. Descoloração do esmalte dos dentes	5	9,8%	3,3 – 21,4%	
60. Queixas verbais de não se sentir bem descansado	5	9,8%	3,3 – 21,4%	
61. Fraqueza	5	9,8%	3,3 – 21,4%	
62. Aumento das queixas físicas	4	7,8%	2,2 – 18,9%	P50
63. Sonolento	4	7,8%	2,2 – 18,9%	
64. Halitose	4	7,8%	2,2 – 18,9%	
65. Boca seca	3	5,9%	1,2 – 16,2%	
66. Sensação de bexiga cheia	3	5,9%	1,2 – 16,2%	
67. Relato de tensão aumentada	3	5,9%	1,2 – 16,2%	
68. Verbalizações autonegativas	3	5,9%	1,2 – 16,2%	
69. Verbalização de uma constante e opressiva falta de energia	3	5,9%	1,2 – 16,2%	
70. Estado de alerta aumentado	3	5,9%	1,2 – 16,2%	
71. Relato de auto-segurança diminuída	2	3,9%	0,5 – 13,5%	
72. Alteração do desempenho do papel sexual percebido	2	3,9%	0,5 – 13,5%	
73. Arritmias	2	3,9%	0,5 – 13,5%	
74. Avaliação de si mesmo como incapaz de lidar com as situações	2	3,9%	0,5 – 13,5%	
75. Comer em resposta a estímulo externo além da fome	2	3,9%	0,5 – 13,5%	
76. Disúria	2	3,9%	0,5 – 13,5%	
77. Relata verbalmente desafio situacional do próprio valor	2	3,9%	0,5 – 13,5%	
78. Relato verbal	2	3,9%	0,5 – 13,5%	
79. Sentimento de culpa por não cumprir com as responsabilidades	2	3,9%	0,5 – 13,5%	
80. Desempenho diminuído	2	3,9%	0,5 – 13,5%	
81. Insônia de manutenção do sono	2	3,9%	0,5 – 13,5%	
82. Incapacidade de restaurar energias mesmo após sono	2	3,9%	0,5 – 13,5%	
83. Foco estreitado no objeto	2	3,9%	0,5 – 13,5%	
84. Observação atenta e vigilante	2	3,9%	0,5 – 13,5%	
85. Pressão arterial aumentada	2	3,9%	0,5 – 13,5%	
86. Pressão arterial diminuída	2	3,9%	0,5 – 13,5%	
87. Expressões de desamparo e inutilidade	2	3,9%	0,5 – 13,5%	
88. Ansiedade	1	2,0%	0,0 – 10,4%	
89. Cautela aumentada	1	2,0%	0,0 – 10,4%	
90. Verbaliza que não agiu para incluir os regimes de tratamento nas rotinas diárias	1	2,0%	0,0 – 10,4%	

91. Despertar durante a noite	1	2,0%	0,0 – 10,4%
92. Evidência observada de dificuldade de deglutir	1	2,0%	0,0 – 10,4%
93. Queixas de “alguma coisa entalada”	1	2,0%	0,0 – 10,4%
94. Vômito	1	2,0%	0,0 – 10,4%
P25			
95. Peso corporal 20% ou mais abaixo do ideal	1	2,0%	0,0 – 10,4%
96. Relato de ingestão inadequada de alimentar, menor que a PDR	1	2,0%	0,0 – 10,4%
97. Relato ou evidência de falta de comida	1	2,0%	0,0 – 10,4%
98. Incontinência	1	2,0%	0,0 – 10,4%
99. Sede	1	2,0%	0,0 – 10,4%
100. Diminuição do turgor da pele	1	2,0%	0,0 – 10,4%
101. Membrana mucosas secas	1	2,0%	0,0 – 10,4%
102. Diminuição da pressão de pulso	1	2,0%	0,0 – 10,4%
103. Diminuição do débito urinário	1	2,0%	0,0 – 10,4%
104. Distensão vesical	1	2,0%	0,0 – 10,4%
105. Desidratação	1	2,0%	0,0 – 10,4%
106. Expectativa de movimento intestinal diário, com o conseqüente uso exagerado de laxantes, enemas e supositórios	1	2,0%	0,0 – 10,4%
107. Receoso	1	2,0%	0,0 – 10,4%
108. Relato de náusea	1	2,0%	0,0 – 10,4%
109. Rompimento da derme	1	2,0%	0,0 – 10,4%
110. Rompimento da epiderme	1	2,0%	0,0 – 10,4%
111. Estímulo considerado como ameaça	1	2,0%	0,0 – 10,4%
112. Expressões verbais de não controle ou influência do resultado	1	2,0%	0,0 – 10,4%
113. Expressões verbais de não controle ou influência da situação	1	2,0%	0,0 – 10,4%
114. Mudança no ECG	1	2,0%	0,0 – 10,4%
115. Pulsos periféricos diminuídos	1	2,0%	0,0 – 10,4%
116. Náusea	1	2,0%	0,0 – 10,4%
117. Produtividade diminuída	1	2,0%	0,0 – 10,4%
118. Inquietação	1	2,0%	0,0 – 10,4%
119. Medo de conseqüências inespecíficas	1	2,0%	0,0 – 10,4%
120. Impotência quanto a assuntos relacionados ao morrer	1	2,0%	0,0 – 10,4%
121. Medo do processo de morrer	1	2,0%	0,0 – 10,4%
122. Medo de morte prematura, porque isso impediria o cumprimento de objetivos importantes da vida	1	2,0%	0,0 – 10,4%
123. Gestos protetores	1	2,0%	0,0 – 10,4%
124. Mudança no padrão de sono	1	2,0%	0,0 – 10,4%
125. Expressões de dúvida em relação ao desempenho do papel	1	2,0%	0,0 – 10,4%
126. Expressão insatisfação e frustração incapaz de realizar tarefas	1	2,0%	0,0 – 10,4%

A Tabela 4 apresenta as 126 características definidoras encontradas nos angioplastados com *stent* que serviram de base para a elaboração dos diagnósticos de enfermagem anteriormente comentados. A característica Alterações eletrocardiográficas refletindo arritmia ou isquemia esteve acima do percentil 75 e presente em 94,1% dos infartados. Esta é decorrente da obstrução coronariana pela placa de ateroma no qual causa interrupção ou diminuição do fluxo sanguíneo com conseqüente morte celular na área afetada, sendo detectada através de traçados anormais no eletrocardiograma.

A característica Ausência de alguns dentes ou ausência completa, também, foi observada em 94,1% dos pacientes. Diferentemente da característica anteriormente comentada, esta relaciona-se com a falta de cuidados com a higiene bucal sendo uma característica intrínseca ao diagnóstico Dentição prejudicada.

Os diagnósticos de enfermagem relacionados aos prejuízos na mobilidade e no autocuidado apresentaram como sinais as seguintes características definidoras: Incapacidade de realizar higiene íntima apropriada (76,5%); Incapacidade de manipular as roupas para realizar a higiene íntima (74,5%); Incapacidade de lavar o corpo ou partes do corpo, Incapacidade de obter ou chegar à fonte de água, Incapacidade de pegar os artigos para banho, Incapacidade de secar o corpo, Incapacidade de entrar e sair do banheiro, Incapacidade de chegar ao vaso sanitário ou à cadeira higiênica (72,5%); Capacidade prejudicada de andar às distâncias necessárias (70,6%); Amplitude limitada de movimento, Capacidade prejudicada de pôr ou tirar itens, Incapacidade de pegar roupas, Incapacidade de calçar sapatos (68,6%); Incapacidade de colocar roupas na parte inferior do corpo, Incapacidade de tirar roupas, Incapacidade de calçar meias, Capacidade limitada para desempenhar as habilidades motoras grossas (66,7%); Capacidade prejudicada de virar-se de um lado para outro, Dificuldade para virar-se (60,8%); Capacidade prejudicada de mover-se da supina para sentada, Capacidade prejudicada de mover-se da supina para prona, Capacidade prejudicada para esquivar-se (58,8%); Capacidade prejudicada transferir-se da cama para cadeira (56,9%).

O prejuízo na mobilidade e a dinâmica de funcionamento 24 horas inerente ao ambiente hospitalar ocasionaram, para alguns infartados, prejuízos no sono noturno e descanso diurno. As características definidoras relacionados a este evento, com presença acima do percentil 75 foram: Três ou mais despertares durante a noite, Insatisfação com o sono (66,7%); Queixas verbais de dificuldade para adormecer (64,7%); Despertares prolongados (58,8%); Prazo de início do sono maior que 30 minutos (41,2%).

Identificamos 1449 ocorrências das características definidoras distribuídas nas 126 encontradas. Enfocamos que as 31 características que estão acima do P75, representam 73,10% do total de características definidoras apresentadas pelos infartados. As demais características com baixa frequência foram identificadas, neste estudo, em decorrência da individualidade respeitada durante todo o processo de coleta de dados.

Tabela 5 – Fatores relacionados identificados em pacientes infartados submetidos à angioplastia coronariana com *stent*. Fortaleza, 2007.

Fatores Relacionados	Nº	%	IC 95%	
1. Desequilíbrio entre a oferta e a demanda de O ₂	49	96,1%	86,5 – 99,5%	
2. Higiene oral ineficaz	49	96,1%	86,5 – 99,5%	
3. Estado de mobilidade prejudicada	32	62,7%	48,1 – 75,9%	
4. Restrições de movimento prescritas	31	60,8%	46,1 – 74,2%	
5. Limitação imposta pela retirada da bairna	21	41,2%	27,6 – 55,8%	
6. Despertar causado por outros	21	41,2%	27,6 – 55,8%	
7. Ingestão excessiva em relação às necessidades metabólicas	19	37,3%	24,1 – 51,9%	
8. Restrição física	9	17,6%	8,4 – 30,9%	
9. Agentes lesivos biológicos	8	15,7%	7,0 – 28,6%	
10. Barreiras percebidas	7	13,7%	5,7 – 26,3%	
11. Limitação imposta pela presença da bairna	7	13,7%	5,7 – 26,3%	
12. Estímulo fóbico	7	13,7%	5,7 – 26,3%	
13. Agentes lesivos físicos	6	11,8%	4,4 – 23,9%	P75
14. Ameaça de mudança na função do papel	5	9,8%	3,3 – 21,4%	
15. Suscetibilidade percebida	4	7,8%	2,2 – 18,9%	
16. Desconfiança quanto ao regime e/ou equipe de saúde	4	7,8%	2,2 – 18,9%	
17. Ansiedade	4	7,8%	2,2 – 18,9%	
18. Condição física debilitada	4	7,8%	2,2 – 18,9%	
19. Estados de doença	4	7,8%	2,2 – 18,9%	
20. Falta de pessoa significativa	4	7,8%	2,2 – 18,9%	
21. Ameaça de mudança no estado de saúde	4	7,8%	2,2 – 18,9%	
22. Inibição do arco reflexo	3	5,9%	1,2 – 16,2%	
23. Fraqueza e cansaço	3	5,9%	1,2 – 16,2%	
24. Diminuição ou falta de motivação	3	5,9%	1,2 – 16,2%	
25. Dificuldade econômica	2	3,9%	0,5 – 13,5%	
26. Falha dos mecanismos reguladores	2	3,9%	0,5 – 13,5%	
27. Barreira ambiental	2	3,9%	0,5 – 13,5%	P50
28. Dor	2	3,9%	0,5 – 13,5%	
29. Relutância em iniciar o movimento	2	3,9%	0,5 – 13,5%	
30. Ritmo/Freqüência cardíaca alterados	2	3,9%	0,5 – 13,5%	
31. Isolamento social	2	3,9%	0,5 – 13,5%	
32. Prejuízo funcional específico	2	3,9%	0,5 – 13,5%	
33. Distúrbio na imagem corporal	2	3,9%	0,5 – 13,5%	
34. Alteração biopsicosocial da sexualidade	2	3,9%	0,5 – 13,5%	
35. Incapacidade física crônica	2	3,9%	0,5 – 13,5%	
36. Medicamentos	2	3,9%	0,5 – 13,5%	
37. Dor, desconforto	2	3,9%	0,5 – 13,5%	
38. Déficit suporte social	1	2,0%	0,0 – 10,4%	
39. Complexidade do regime terapêutico	1	2,0%	0,0 – 10,4%	
40. Número e tipo inadequados de pistas que levem à ação	1	2,0%	0,0 – 10,4%	
41. Anormalidades da cavidade oral ou da orofaringe	1	2,0%	0,0 – 10,4%	P25
42. Incapacidade para ingerir ou digerir comida ou absorver nutrientes causada por fatores biológicos	1	2,0%	0,0 – 10,4%	
43. Avaliação errônea	1	2,0%	0,0 – 10,4%	
44. Temperatura umidade ambiental	1	2,0%	0,0 – 10,4%	
45. Pensar sobre o lar	1	2,0%	0,0 – 10,4%	
46. Urgência urinária/ incontinência	1	2,0%	0,0 – 10,4%	
47. Fraqueza ou cansaço	1	2,0%	0,0 – 10,4%	
48. Ansiedade grave	1	2,0%	0,0 – 10,4%	
49. Regime relacionado à doença	1	2,0%	0,0 – 10,4%	
50. Relacionamento prejudicado com uma pessoa significativa	1	2,0%	0,0 – 10,4%	
51. Separação do sistema de apoio em situação potencialmente estressante	1	2,0%	0,0 – 10,4%	
52. Defesas secundárias inadequadas	1	2,0%	0,0 – 10,4%	

Identificamos, neste estudo, um total de 52 fatores relacionados envolvidos no aparecimento dos diagnósticos de enfermagem nos infartados que realizaram angioplastia coronariana com implantação de *stent* (Tabela 5).

O Desequilíbrio entre a oferta e a demanda de O₂ presente em 96,1% dos infartados é fator relacionado do diagnóstico de enfermagem Intolerância à atividade. Este desequilíbrio é fruto da obstrução coronariana que interrompe o aporte de oxigênio e nutrientes necessários ao funcionamento normal da bomba cardíaca.

Com a mesma frequência percentual, Higiene oral ineficaz aparece como fator relacionado de Dentição prejudicada. A higienização ineficaz traz malefícios à saúde bucal do paciente com perdas e/ou estrago dos dentes. Acredita-se que haja envolvimento direto com o déficit de conhecimento geralmente advindo do baixo nível educacional e condição sócio-econômica precária.

Gostaríamos de destacar, ainda, 4 fatores relacionados que estão acima do percentil 75 e que atingiram mais de 40% dos pacientes infartados: Estado de mobilidade prejudicada (62,7%); Restrições de movimento prescritas (60,8%); Limitação imposta pela retirada da bairra e Despertar causado por outros (41,2%). Os 3 primeiros fatores relacionados estão envolvidos com os diagnósticos de enfermagem de mobilidade e práticas de autocuidado e são importantes para o conhecimento da equipe de enfermagem, pois direcionam as atividades a serem implementadas de modo a, gradualmente, diminuir o grau de dependência dos pacientes infartados.

Os fatores relacionados Limitação imposta pela retirada da bairra e Limitação imposta pela presença da bairra não estão presentes na classificação da NANDA 2003-2004. Estes foram adaptados ao nosso estudo para o diagnóstico Deambulação prejudicada, pois a NANDA não apresenta fator relacionado específico a este diagnóstico. Houve, assim, a necessidade de encontrar um fator relacionado mais adequado que indicasse ser o introdutor (ausência ou presença) o motivo pelo qual os pacientes se mantinham por um tempo determinado sem poderem, andar e, também, se movimentar e realizar atividades independentes de autocuidado. Em relação ao Estado de mobilidade prejudicada, este fator relacionado aparece somente no diagnóstico Déficit no autocuidado para higiene íntima. Em nosso estudo, este fator foi estendido para os outros dois diagnósticos de déficit no autocuidado (banho/higiene e vestir-se/arrumar-se), pois não foi encontrado na NANDA outro fator, sendo este o mais adequado.

Estes 6 fatores relacionados se apresentaram 202 vezes num universo de 347, representando 58% de todas as ocorrências verificadas nos infartados submetidos a angioplastia com *stent*.

Tabela 6 – Fatores de risco identificados em pacientes infartados submetidos à angioplastia coronariana com *stent*. Fortaleza, 2007.

Fatores de Risco	Nº	%	IC 95%	
1. Exposição ambiental a patógenos aumentada	51	100,0%	93,0 – 0,0%	
2. Procedimentos invasivos	51	100,0%	93,0 – 0,0%	
3. Agentes antilipêmicos	18	35,3%	22,4 – 49,9%	
4. Atividade física insuficiente	18	35,3%	22,4 – 49,9%	
5. Agentes anti-inflamatórios não-esteróides	18	35,3%	22,4 – 49,9%	P75
6. Higiene íntima inadequada	18	35,3%	22,4 – 49,9%	
7. Ingestão insuficiente de fibras	18	35,3%	22,4 – 49,9%	
8. Mudanças recentes de ambiente	18	35,3%	22,4 – 49,9%	
9. Ingestão insuficiente de líquidos	17	33,3%	20,8 – 47,9%	
10. Mudanças nos padrões habituais de comida e alimentação	17	33,3%	20,8 – 47,9%	P50
11. Dentição ou higiene oral inadequados	16	31,4%	19,1 – 45,9%	
12. Privação afetiva	6	11,8%	4,4 – 23,9%	
13. Tensão emocional	6	11,8%	4,4 – 23,9%	
14. Anticonvulsivantes	5	9,8%	3,3 – 21,4%	
15. Sedativos	2	3,9%	0,5 – 13,5%	P25
16. Antidepressivos	1	2,0%	0,0 – 10,4%	
17. Bloqueadores dos Canais de cálcio	1	2,0%	0,0 – 10,4%	
18. Desidratação	1	2,0%	0,0 – 10,4%	
19. Estado de saúde psicossocial ou física diminuída	1	2,0%	0,0 – 10,4%	
20. Grau moderado a alto mudança ambiental	1	2,0%	0,0 – 10,4%	
21. Opiáceos	1	2,0%	0,0 – 10,4%	

Na Tabela 6, apresentamos os fatores de risco responsáveis pela manifestação de diagnósticos de enfermagem de risco nos infartados. Tais fatores devem receber atenção especial da equipe de enfermagem por se tratarem de situações presentes que expõem os pacientes a diagnósticos de enfermagem ainda não instalados, ou seja, em risco de ocorrência e que, através de ações eficazes, podem ser evitadas ou minimizadas.

Exposição ambiental a patógenos aumentada e Procedimentos invasivos estiveram presentes em 100% dos pacientes infartados visto a realização do procedimento altamente invasivo da angioplastia na sala de hemodinâmica e a permanência no ambiente hospitalar.

Os fatores de risco Agentes antilipêmicos, Atividade física insuficiente e Agentes anti-inflamatórios não-esteróides observados em 35,3% dos infartados estudados e acima do percentil 75, estão relacionados com o diagnóstico de enfermagem Risco para constipação e com a terapêutica de repouso prescrita necessária à recuperação no período pós-angioplastia imediato.

Gostaríamos de ressaltar que os fatores de risco Higiene íntima inadequada, Ingestão insuficiente de fibras e Mudanças recentes de ambiente apresentaram, também, frequência de 35,3% nos infartados, embora estejam enquadrados entre os percentis 75 e 50.

Tabela 7 – Estatísticas relacionadas à ocorrência dos diagnósticos de enfermagem de acordo com dados sócio-demográficos. Fortaleza, 2007.

Diagnóstico de Enfermagem	Dados sócio-demográficos				
	Sexo	Idade	Escolaridade	No. de DE	Renda
Dentição prejudicada	p = 0,478 ¹ Phi = -0,102 Valor p = (0,466) OR = 0,361 IC95% = (0,021 - 6,202)	p = 0,593 ² p = 0,070 ³ Média = 54,61 DP = 7,225	p = 0,177 ² p = 0,117 ³ Média = 6,02 DP = 4,361	p = 0,386 ² p = 0,469 ³ Média = 10,94 DP = 3,939	p = 0,702 ⁵ Média dos postos = 24,84
Intolerância à atividade	p = 1,000 ¹ Phi = -0,033 Valor p = (0,814) OR = 0,743 IC95% = (0,062 - 8,901)	p = 0,184 ² p = 0,350 ³ Média = 54,48 DP = 7,503	p = 0,099 ² p = 0,036 ³ Média = 5,90 DP = 4,318	p = 0,764 ² p = 0,446 ³ Média = 11,13 DP = 3,923	p = 0,084 ⁵ Média dos postos = 24,11
Déficit no Autocuidado para banho/higiene	p = 0,471 ¹ Phi = 0,134 Valor p = (0,338) OR = 2,222 IC95% = (0,421-11,728)	p = 0,243 ² p = 0,447 ³ Média = 53,79 DP = 7,668	p = 0,507 ² p = 0,484 ³ Média = 5,97 DP = 4,325	p = 0,006 ² p = 0,000 ⁴ Média = 12,85 DP = 2,300	p = 0,096 ⁵ Média dos postos = 23,08
Déficit no Autocuidado para higiene íntima	p = 0,471 ¹ Phi = 0,134 Valor p = (0,338) OR = 2,222 IC95% = (0,421-11,728)	p = 0,243 ² p = 0,447 ³ Média = 53,79 DP = 7,668	p = 0,507 ² p = 0,484 ³ Média = 5,97 DP = 4,325	p = 0,006 ² p = 0,000 ⁴ Média = 12,85 DP = 2,300	p = 0,096 ⁵ Média dos postos = 23,08
Padrão de sono perturbado	p = 0,734 ¹ Phi = -0,043 Valor p = (0,756) OR = 0,804 IC95% = (0,202 - 3,199)	p = 0,019 ² p = 0,294 ⁴ Média = 53,74 DP = 8,086	p = 0,424 ² p = 0,129 ³ Média = 6,76 DP = 4,321	p = 0,066 ² p = 0,477 ³ Média = 10,79 DP = 4,147	p = 0,130 ⁵ Média dos postos = 26,74
Deambulação prejudicada	p = 0,184 ¹ Phi = 0,204 Valor p = (0,145) OR = 3,250 IC95% = (0,629-16,789)	p = 0,352 ² p = 0,608 ³ Média = 53,89 DP = 7,719	p = 0,259 ² p = 0,274 ³ Média = 5,78 DP = 4,141	p = 0,425 ² p = 0,000 ³ Média = 13,17 DP = 1,993	p = 0,115 ⁵ Média dos postos = 22,88
Mobilidade física prejudicada	p = 0,503 ¹ Phi = 0,132 Valor p = (0,346) OR = 1,986 IC95% = (0,469 - 8,417)	p = 0,526 ² p = 0,864 ³ Média = 54,11 DP = 7,711	p = 0,355 ² p = 0,357 ³ Média = 5,83 DP = 4,190	p = 0,782 ² p = 0,000 ³ Média = 13,29 DP = 1,888	p = 0,064 ⁵ Média dos postos = 22,39
Déficit no Autocuidado para vestir-se/arrumar-se	p = 0,503 ¹ Phi = 0,132 Valor p = (0,346) OR = 1,986 IC95% = (0,469 - 8,417)	p = 0,628 ² p = 0,693 ³ Média = 54,51 DP = 7,694	p = 0,394 ² p = 0,181 ³ Média = 5,66 DP = 4,179	p = 0,621 ² p = 0,000 ³ Média = 13,31 DP = 1,859	p = 0,015 ⁵ Média dos postos = 21,58

1 – Teste exato de Fisher; 2 – Teste de Levene; 3 – Teste T supondo variâncias iguais; 4 – Teste T supondo variâncias desiguais; 5 – Teste de Mann-Whitney.

Na Tabela 7, relacionamos os dados sócio-demográficos dos pacientes infartados submetidos à angioplastia coronariana com *stent* com os diagnósticos de enfermagem encontrados nesta clientela que estão acima do percentil 75.

Com relação às variáveis sexo e idade, não identificamos associação estatisticamente significativa com nenhum dos diagnósticos de enfermagem. E os diagnósticos de enfermagem Dentição prejudicada e Padrão de sono perturbado não apresentaram nenhuma associação estatística significativa com as variáveis sócio-demográficas.

Foi identificada associação estatisticamente significativa entre o tempo de escolaridade e a presença do diagnóstico de enfermagem Intolerância à atividade ($p=0,036$). Neste caso, pessoas portando este diagnóstico apresentavam menor tempo de escolaridade, com média de anos de estudo de 5,90 ($\pm 4,318$).

A variável nº. de diagnósticos de enfermagem apresentou associações estatisticamente significativas com os diagnósticos de enfermagem Déficit no Autocuidado para banho/higiene ($p < 0,001$) e Déficit no Autocuidado para higiene íntima ($p < 0,001$), com média de diagnósticos de 12,85 \pm 2,3 para ambos; Deambulação prejudicada ($p < 0,001$) com média obtida de 13,17 \pm 1,9; Mobilidade física prejudicada ($p < 0,001$), média de diagnósticos de 13,29 ($\pm 1,8$); e Déficit no Autocuidado para vestir-se/ arrumar-se ($p < 0,001$) com média de 13,31 ($\pm 1,8$). Assim, verificamos que o número de diagnósticos de enfermagem apresentados pelos infartados tem ligação estatística com os diagnósticos relacionados ao autocuidado e mobilidade.

A variável Renda familiar apresentou diferença estatística apenas entre os portadores do diagnóstico Déficit no Autocuidado para vestir-se/ arrumar-se, onde estes pacientes apresentaram renda significativamente menor.

Tabela 8 - Estatísticas de associação entre os diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes infartados submetidos à angioplastia coronariana com *stent*. Fortaleza, 2007.

DE	DnP	IA	DAVA	DABH	DAHI	PSP	DeP
IA							
Valor p	0,115 ¹	--	--	--	--	--	--
Phi (Sig.)	-0,379 (0,007)	--	--	--	--	--	--
OR	23,500	--	--	--	--	--	--
(IC 95%)	(1,046- 528,020)	--	--	--	--	--	--
DAVA							
Valor p	1,000 ¹	1,000 ¹	--	--	--	--	--
Phi (Sig.)	-0,137 (0,329)	0,011 (0,940)	--	--	--	--	--
OR	*	1,100	--	--	--	--	--
(IC 95%)	*	(0,092- 13,094)	--	--	--	--	--
DABH							
Valor p	1,000 ¹	0,561 ¹	0,000 ¹	--	--	--	--
Phi (Sig.)	-0,112 (0,424)	0,058 (0,680)	0,820 (0,000)	--	--	--	--
OR	*	1,682	*	--	--	--	--

(IC 95%)	*	(0,139- 20,347)	*	--	--	--	--
DAHI							
Valor p	1,000 ¹	0,561 ¹	0,000 ¹	0,000 ¹	--	--	--
Phi (Sig.)	-0,112 (0,424)	0,058 (0,680)	0,820 (0,000)	1,000 (0,000)	--	--	--
OR	*	1,682	*	*	--	--	--
(IC 95%)	*	(0,139- 20,347)	*	*	--	--	--
PSP							
Valor p	1,000 ¹	0,561 ¹	0,185 ¹	0,706 ¹	0,706 ¹	--	--
Phi (Sig.)	-0,118 (0,399)	-0,146 (0,296)	-0,202 (0,150)	-0,112 (0,423)	-0,112 (0,423)	--	--
OR	*	*	0,312	0,509	0,509	--	--
(IC 95%)	*	*	(0,060- 1,614)	(0,096- 2,706)	(0,096- 2,706)	--	--
DeP							
Valor p	1,000 ¹	1,000 ¹	0,000 ¹	0,000 ¹	0,000 ¹	0,297 ¹	--
Phi (Sig.)	-0,130 (0,352)	0,022 (0,878)	0,862 (0,000)	0,859 (0,000)	0,859 (0,000)	- 0,180 (0,198)	--
OR	*	1,214	238,000	*	*	0,350	--
(IC 95%)	*	(0,102- 14,498)	(19,934- 2841,541)	*	*	(0,067- 1,819)	--
MFP							
Valor p	1,000 ¹	1,000 ¹	0,000 ¹	0,000 ¹	0,000 ¹	0,185 ¹	0,000 ¹
Phi (Sig.)	-0,137 (0,329)	0,011 (0,940)	0,909 (0,000)	0,820 (0,000)	0,820 (0,000)	-0,202 (0,150)	0,955 (0,000)
OR	*	1,100	510,000	*	*	0,312	*
(IC 95%)	*	(0,092- 13,094)	(29,869- 2841,541)	*	*	(0,060- 1,614)	*

DnP: Dentição Prejudicada; IA: Intolerância à atividade; DAVA: Déficit no Autocuidado para vestir-se/arrumar-se; DABH: Déficit no Autocuidado para Banho/Higiene; DAHI: Déficit no Autocuidado para Higiene Íntima; DSP: Padrão de Sono Perturbado; DeP: Deambulação Prejudicada; MFP: Mobilidade Física Prejudicada; 1- Teste Exato de Fisher; 2- Teste de Quiquadrado com correção de Yates; *A razão de chance não foi calculada nas caselas com frequência igual a zero.

A Tabela 8 mostra o cruzamento entre os diagnósticos de enfermagem encontrados nos infartados que realizaram angioplastia com *stent* e que se apresentaram acima do percentil 75. O diagnóstico Risco de infecção foi excluído do cruzamento devido manifestação em 100% da população estudada. Não encontramos associação estatisticamente significativa dos diagnósticos Intolerância à atividade, Dentição prejudicada e Padrão de sono perturbado entre si e com os demais diagnósticos de enfermagem.

Foram identificadas associações estatisticamente significativas entre os diagnósticos de enfermagem que se relacionam às práticas diárias de movimentação e autocuidado. Os três diagnósticos de déficit no autocuidado presentes nos pacientes infartados apresentaram associação estatisticamente significativas entre si ($p < 0,001$). O coeficiente phi indicou que estas associações podem ser consideradas fortes ($\varphi > 0,8$).

Os diagnósticos de enfermagem de déficit no autocuidado, também, apresentaram associação estatisticamente significativa com dois outros diagnósticos relacionados à movimentação. Deambulação prejudicada teve associação estatisticamente significativa com Déficit no Autocuidado para vestir-se/arrumar-se ($p < 0,001$, $\varphi = 0,862$) e também com

Déficit no Autocuidado para banho/higiene e Déficit no autocuidado para higiene íntima ($p < 0,001$, $\phi = 0,859$ para ambos).

Ademais, o diagnóstico Mobilidade física prejudicada apresentou associação estatisticamente significativa com Déficit no Autocuidado para vestir-se/arrumar-se ($p < 0,001$, $\phi = 0,909$) e com Déficit no Autocuidado para banho/higiene e Déficit no autocuidado para higiene íntima ($p < 0,001$, $\phi = 0,820$ para ambos). Analisando a tabela, podemos constatar, ainda, que os pacientes infartados que apresentaram Mobilidade física prejudicada tem 510 vezes maior chance de apresentarem Déficit no Autocuidado para vestir-se/arrumar-se (IC 95% = 26,869 - 2841,541). Por fim, identificamos associações estatisticamente significantes entre os diagnósticos de Mobilidade física prejudicada e Deambulação prejudicada ($p < 0,001$, $\phi = 0,955$).

Estes diagnósticos de enfermagem estão intrinsecamente relacionados devido ao fato dos infartados que realizaram angioplastia apresentarem barreiras que os impediam de se movimentarem no leito e/ou fora deste, contribuindo para um possível prejuízo nas atividades diárias que eram desempenhadas independentemente, com as de banho, higiene e colocação de artigos pessoais.

Tabela 9 – Estatísticas de associação entre os diagnósticos de enfermagem e os fatores relacionados identificados em pacientes infartados submetidos à angioplastia coronariana com *stent*. Fortaleza, 2007.

DE	FR	IERNM	DCO	RMP	LIRB	EMP	DDOO	HOI
MFP								
Valor p	0,517 ²	0,139 ²	0,000 ²	0,000 ²	0,000 ²	0,000 ²	0,533 ¹	1,000 ¹
Phi (Sig.)	-0,091 (0,517)	-0,207 (0,139)	0,808 (0,000)	0,566 (0,000)	0,877 (0,000)	0,081 (0,562)	-0,137 (0,329)	-0,137 (0,329)
OR (IC 95%)	0,671 (0,200- 2,248)	0,406 (0,121- 1,360)	*	*	*	2,267 (0,133- 38,703)	*	*
DeP								
Valor p	0,794 ²	0,078 ²	0,000 ²	0,000 ²	0,000 ²	0,506 ¹	1,000 ¹	1,000 ¹
Phi (Sig.)	-0,037 (0,794)	-0,247 (0,078)	0,772 (0,000)	0,540 (0,000)	0,838 (0,000)	0,091 (0,514)	-0,130 (0,352)	-0,130 (0,352)
OR (IC 95%)	0,848 (0,246- 2,920)	0,333 (0,096- 1,156)	*	*	*	2,500 (0,146- 42,800)	*	*
PSP								
Valor p	0,515 ¹	0,000 ²	0,377 ²	0,377 ²	0,743 ¹	1,000 ¹	1,000 ¹	1,000 ¹
Phi (Sig.)	-0,108 (0,442)	0,489 (0,000)	-0,124 (0,377)	0,124 (0,377)	-0,078 (0,575)	-0,118 (0,399)	-0,118 (0,399)	-0,118 (0,399)
OR (IC 95%)	0,607 (0,169- 2,182)	*	0,549 (0,144- 2,097)	1,821 (0,477- 6,957)	0,681 (0,177- 2,617)	*	*	*
DAVA								
Valor p	0,517 ²	0,387 ²	0,000 ²	0,000 ²	0,000 ²	0,533 ¹	1,000 ¹	1,000 ¹
Phi (Sig.)	-0,091 (0,517)	-0,121 (0,387)	0,722 (0,000)	0,566 (0,000)	0,790 (0,000)	0,081 (0,562)	-0,137 (0,329)	-0,137 (0,329)

OR	0,671	0,591	72,500	*	116,250	2,267	*
(IC 95%)	(0,200- 2,248)	(0,179- 1,954)	(7,978- 658,822)	*	(11,934- 1132,416)	(0,133- 38,703)	*
DABH							
Valor p	0,743 ¹	0,196 ¹	0,000 ¹	0,001 ¹	0,000 ¹	0,419 ¹	1,000 ¹
Phi (Sig.)	-0,051 (0,718)	-0,193 (0,167)	0,663 (0,000)	0,464 (0,001)	0,720 (0,000)	0,126 (0,368)	-0,112 (0,424)
OR	0,784	0,400	*	*	*	3,455	*
(IC 95%)	(0,209- 2,938)	(0,107- 1,499)	*	*	*	(0,199- 59,834)	*
DAHI							
Valor p	0,743 ¹	0,196 ¹	0,000 ¹	0,001 ¹	0,000 ¹	0,419 ¹	1,000 ¹
Phi (Sig.)	-0,051 (0,718)	-0,193 (0,167)	0,663 (0,000)	0,464 (0,001)	0,720 (0,000)	0,126 (0,368)	-0,112 (0,424)
OR	0,784	0,400	*	*	*	3,455	*
(IC 95%)	(0,209- 2,938)	(0,107- 1,499)	*	*	*	*	*
IA							
Valor p	0,547 ¹	0,561 ¹	1,000 ¹	1,000 ¹	1,000 ¹	0,002 ¹	0,115 ¹
Phi (Sig.)	-0,152 (0,277)	-0,129 (0,355)	-0,040 (0,776)	0,040 (0,776)	-0,020 (0,885)	0,808 (0,000)	0,379 (0,007)
OR	0,274	0,328	0,700	1,429	0,833	*	23,500
(IC 95%)	(0,023- 3,249)	(0,028- 3,870)	(0,059- 8,260)	(0,121- 16,857)	(0,070- 9,858)	*	(1,046- 528,020)
DnP							
Valor p	1,000 ¹	0,506 ¹	1,000 ¹	1,000 ¹	0,523 ¹	1,000 ¹	0,001 ¹
Phi (Sig.)	-0,053 (0,704)	0,169 (0,227)	0,036 (0,796)	-0,036 (0,796)	-0,156 (0,266)	-0,041 (0,771)	1,000 (0,000)
OR	0,581	*	1,450	0,690	*	*	*
(IC 95%)	(0,034- 9,859)	*	(0,086- 24,565)	(0,041- 11,684)	*	*	*

DE: Diagnósticos de Enfermagem; MFP: Mobilidade Física Prejudicada; DeP: Deambulação Prejudicada; PSP: Padrão de Sono Perturbado; DAVA: Déficit no Autocuidado para vestir-se/arrumar-se; DABH: Déficit no Autocuidado para Banho/Higiene; DAHI: Déficit no Autocuidado para Higiene Íntima; IA: Intolerância à atividade; DnP: Dentição Prejudicada; FR: Fatores Relacionados; IERNM: Ingestão excessiva em relação às necessidades metabólicas; DCO: Despertar Causado por Outros; RMP: Restrições de Movimento Prescritas; LIRB: Limitação Imposta pela Retirada da Banha; EMP: Estado de Mobilidade prejudicada; DDOO: Desequilíbrio entre a Demanda e a Oferta de Oxigênio; HOI: Higiene Oral Ineficaz; 1- Teste Exato de Fisher; 2- Teste de Qui-quadrado com correção de Yates.; *A razão de chance não foi calculada nas caselas com frequência igual a zero.

A Tabela 9 mostra o cruzamento dos diagnósticos de enfermagem acima do percentil 75 com os fatores relacionados presentes nos pacientes infartados e angioplastados que, além de estarem, também, acima deste percentil, apresentaram frequência maior que 35%.

O diagnóstico de enfermagem Mobilidade física prejudicada apresentou associação estatística significativa com 3 fatores relacionados: Restrições de movimentos prescritas ($p < 0,001$, $\phi = 0,808$), Limitação imposta pela retirada da batinha ($p < 0,001$, $\phi = 0,566$) e Estado de mobilidade prejudicada ($p < 0,001$, $\phi = 0,877$). Deambulação prejudicada apresentou associação estatisticamente significativa com os mesmos fatores relacionados que Mobilidade física prejudicada.

Os diagnósticos de Déficit no Autocuidado, também, apresentaram associações estatisticamente significativas com os fatores relacionados Restrições de movimentos prescritas, Limitação imposta pela retirada da batinha e Estado de mobilidade prejudicada ($p <$

0,001). As chances dos pacientes infartados submetidos à angioplastia com *stent* desenvolverem o diagnóstico Déficit no Autocuidado para vestir-se/arrumar-se é 72,5 vezes maior na presença do fator relacionado Restrições de movimentos prescritas e 116,25 vezes maior na ocorrência de Estado de Mobilidade Prejudicada.

Padrão de sono perturbado mostrou associação estatisticamente significativa apenas com o fator relacionado Despertar causado por outros ($p < 0,001$, $\phi = 0,489$). Intolerância à atividade apresentou associação forte estatisticamente significativa com fator relacionado intrínseco a este diagnóstico Desequilíbrio entre a Demanda e a Oferta de Oxigênio ($p = 0,002$, $\phi = 0,808$). Na análise, verificamos, também, associação estatisticamente significativa entre Dentição prejudicada e o fator relacionado Higiene oral ineficaz, próprio deste diagnóstico ($p = 0,001$, $\phi = 1,000$).

6 DISCUSSÃO

Com relação à variável sexo, encontramos em nosso estudo uma incidência maior de homens acometidos por IAM que em mulheres (72,5% vs 27,5%, respectivamente). Este dado entra em concordância com outros estudos nacionais (MATTOS et al., 2005; PAIVA; LOPES, 2005b; CONTI et al., 2002; SILVA; SOUSA; SCHARGOSDKY, 1998) e internacionais (PALOMO VILLADA et al., 2004; GALEANO et al., 2000) que, também, apontam predominância de IAM no sexo masculino. Todos estes números corroboram com a American Heart Association (2005) no qual aponta que entre os americanos com idade de 40 a 74 anos, foi encontrada prevalência maior de infarto em homens que em mulheres, tendo inversão de tal quadro na angina. Meltzer, Pinneo e Kitchelli (2000) justificam que as mulheres, antes do climatério, parecem estar protegidas contra as doenças coronarianas devido fatores hormonais, a menos que possuam outros fatores de risco que aumentem a predisposição a esta patologia.

Estudo realizado por Peixoto et al. (2006) sobre a influência do sexo na evolução imediata e a médio prazo após angioplastia, concluiu que apesar do sucesso do procedimento ter sido semelhante para ambos os sexos (91,7% no masculino; 87,7% no feminino), as mulheres apresentaram maior mortalidade na fase hospitalar e que o sexo feminino apareceu como fator independente para mortalidade.

Tal diferença é explicada, possivelmente, por manifestações clínicas e na abordagem terapêutica pelo fato das mulheres procurarem atendimento médico mais tardio o que ocasiona uma menor utilização das técnicas de trombólise venosa e angioplastia coronariana (CONTI et al., 2002; PASSOS et al., 1998). No entanto, estudo mostra que este aumento da letalidade em mulheres pode ser reduzido ou eliminado, provavelmente, pelo uso da angioplastia coronariana (PASSOS et al., 1998). Em contrapartida, estudo realizado por Leal et al. (2002) afirma que o sexo masculino foi identificado como preditor de mortalidade em pessoas idosas.

Em relação à raça, em nosso estudo houve predominância da parda com 66,7%. Apesar da raça ser considerada fator de risco não modificável para doenças coronarianas, poucos são os estudos que a ressaltam em suas análises. Colombo e Aguillar (1997) estudando fatores de risco em infartados em seu primeiro episódio, encontrou predominância da cor branca em 82% dos pacientes.

Outro estudo concorda com estes últimos dados, onde a média da taxa de incidência de doenças coronarianas por 1000 habitantes é maior nos homens brancos (12,5) comparados aos negros (5,1). Mas observa que em 2002, a taxa total de mortes foi de 170,8 por 1000 habitantes, apresentando taxa de mortalidade maior em homens negros (250,6) que em brancos (220,5) (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2005).

Estudo recente que analisou a relação entre idade e raça encontrou que, em homens negros, a incidência do infarto para o grupo etário de 65 a 74 anos é de 21,6; 75 a 84 anos é de 27,9 e maior ou igual a 85 anos é de 57,1. Para homens não negros, teríamos para os mesmos grupos 19,2; 28,3 e 50,6, respectivamente (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2005). Esta pesquisa reforça que a incidência do IAM aumenta proporcionalmente com a idade em ambos os sexos (DANCHIN; DE BENEDETTI; URBAN, 2004), mas contrapõe-se com as anteriores onde a incidência de ataque cardíaco é superior em homens negros.

Ainda sobre a variável idade, a taxa média anual do primeiro maior evento cardiovascular aumenta assustadoramente de 7 para 1000 homens na idade de 35 a 44 anos para 68 na faixa etária de 85 a 94 anos. Nas mulheres, este aumento ocorre 10 anos mais tarde. A média de idade vivida quando do primeiro episódio de infarto é de 65,8 em homens e 70,4 em mulheres (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2005). Outros estudos também apontam para uma idade média de acometimento do infarto acima de 60 anos (MATTOS et al., 2005; GRAZZIANO; BIANCHI, 2004; PASSOS et al., 1998).

Em nosso estudo, a média de idade foi de 54,24 anos ($\pm 7,36$), acometendo homens e mulheres na faixa etária adulta mais jovem e em fase ativa. Dois outros estudos também apontaram faixa inferior àquela descrita na literatura, como o FRICAS (Fatores de Risco para a Insuficiência Coronariana na América do Sul), com média da faixa etária prevalente de 58 anos (SILVA; SOUSA; SCHARGODSKY, 1998) e o realizado por Conti et al. (2002), com idade média similar para mulheres ($40,7 \pm 3,8$) e homens ($41 \pm 3,3$) anos.

Este aumento do infarto em faixas etárias mais jovens é fato a ser investigado dado sua relevância, podendo ser decorrente da vida laboriosa, de intenso estresse, comum na sociedade atual, e comportamentos não saudáveis. Tais hábitos inadequados repercutem diretamente e negativamente nas funções biopsicossociais, aumentando a probabilidade de ocorrência do primeiro infarto em indivíduos mais jovens.

Os dados obtidos mostram que a maioria dos pacientes infartados é natural do interior do Ceará, mas, em contrapartida, a maior parte destes reside na capital. Dado contrário foi encontrado por Grazziano e Bianchi (2004) que estudaram pacientes submetidos à cineangiocoronariografia e seus acompanhantes, detectando que a maioria procedia do interior do Estado de São Paulo. O maior contingente de pacientes vindo do interior mostra a necessidade de descentralizar a assistência e investir em laboratórios de hemodinâmica em hospitais de grande porte nos interiores que se destacam como referência, de modo a diminuir a demanda da capital e melhorar cada vez mais a assistência prestada aos usuários do Sistema Único de Saúde.

Quanto à presença de companheiro, os dados revelam que mais de 80% dos pacientes possuíam companheiros, independente do estado conjugal existente. Em outros estudos, percebemos predominância do estado marital casado na população estudada (PAIVA; OLIVEIRA, 2005b; COLOMBO; AGUILLAR, 1997).

Em relação à religião, a maioria relatou ser católico. Esta tem papel significativo em todo o período de acometimento do infarto, em especial durante a crise, pois a dor forte provocada pela isquemia miocárdica denota, para alguns, sentimento de morte iminente e o paciente busca conforto e enfrentamento na crença religiosa. O mesmo pode acontecer na fase de recuperação, no qual o infartado necessita de disposição e crença para adaptar-se ao novo estilo de vida imposto pela terapêutica. Porém, não se encontrou estudo que avaliasse a religião e o episódio de infarto.

O nível de escolaridade encontrado nos pacientes estudados foi baixo, com média de anos estudados de 6,22. Este baixo nível de escolaridade não repercute com grande intensidade no período pós-angioplastia imediato. Mas, posteriormente, é preocupante devido às várias orientações dadas ao paciente na fase de alta pós-infarto.

O infartado terá que conviver com mudanças em seu estilo de vida necessárias para diminuir os riscos de ser surpreendido por outro ataque cardíaco. As orientações relacionam-se a administração diária e correta de fármacos, prática de exercícios físicos respeitando o limite de cada paciente, hábitos alimentares saudáveis e abandono de práticas não saudáveis, como fumo e álcool. O nível de escolaridade influi no grau de aderência destas informações e na prática diária destas na fase de reabilitação. As orientações devem ser direcionadas aos

fatores de risco existentes em cada indivíduo, respeitando suas particularidades e a realidade social pelo qual está inserido.

Baixo nível de escolaridade também foi encontrado em trabalho realizado por Grazziano e Bianchi (2004) com pacientes submetidos ao procedimento do CATE. Os autores colocam que pesquisas brasileiras revelam que pacientes com baixos níveis de escolaridade e renda econômica estão mais expostos aos fatores de risco para doenças cardiovasculares, elevando a incidência destas em locais fora da área urbana.

Quanto à condição sócio-econômica, esta é motivo de contradição entre os estudos. Neste estudo, observamos uma renda familiar mensal de R\$ 1055,10 ($\pm 938,707$), o que levaria a acreditar que estes pacientes possuem um bom padrão sócio-econômico, se levarmos em consideração a alta taxa de desemprego nos dias atuais e os baixos salários oferecidos pelas fontes pagadoras. Este fato faz-nos refletir se os pacientes que possuem baixa escolaridade e moderados salários, não estariam trabalhando em excesso, tendo 2 ou mais empregos, para suprir os baixos salários pagos.

Se verdade, poderíamos nos preocupar com o possível estresse vivenciado por estes trabalhadores o que influenciaria direta e negativamente na ocorrência do primeiro episódio de infarto. Yeung, Vekshtein, Krantz expõem que o estresse mental ocasiona estimulação adrenérgica contribuindo para uma vasoconstrição coronariana e aumento das necessidades miocárdicas de oxigênio, agravando a isquemia miocárdica (RIDKER; GENEST; LIBBY, 2003).

No entanto, não podemos descartar a idéia dos pacientes estarem superestimando o real valor do salário ganho e, conseqüentemente, da renda familiar mensal por diversos motivos pessoais, não enfocado neste estudo.

Para a American Heart Association (2005), a taxa de incidência do infarto do miocárdio é maior em pobres que em ricos, em todas as idades. Estudos prospectivos apontam que a baixa condição sócio-econômica é fator independente de risco para as doenças cardiovasculares. Contudo, estudo de seguimento por 7 anos realizado com homens brancos americanos, ressaltou que a incidência de doenças coronarianas foi virtualmente a mesma em pessoas de alta e baixa condição sócio-econômica (SILVA; SOUSA; SCHARGODSKY, 1998).

No que diz respeito à clínica, encontramos uma predominância de infartos de localização em parede anterior (68,6%), sendo a obstrução na artéria descendente anterior esquerda (DA) a maior responsável pelo acometimento do processo isquêmico (70%). A DA irriga a maior parte da parede anterior do ventrículo esquerdo, a porção anterior do septo interventricular e a parede anterior do ventrículo direito. O comprometimento desta artéria é perigoso, pois nutre uma grande parte da massa miocárdica total do que as demais coronárias e, portanto, possui um maior fluxo sanguíneo (MELTZER; PINNEO; KITCHELLI, 2000). Em decorrência desta correlação, observamos predomínio da angioplastia e colocação de *stent* na DA, com conseqüente maiores casos de infarto de localização anterior.

Mattos et al. (2005) e Mattos et al. (2004) também encontraram uma prevalência maior do infarto de parede anterior em seus estudos. No estudo de Palomo Villada et al. (2004), houve predominância da localização do infarto em parede inferior. E em pesquisa realizada por Leal et al (2002), a localização do infarto agudo foi similar, sem diferenças significativas nos dois grupos estudados (≥ 65 anos e < 65 anos). Em relação à Classificação de Killip, em nosso estudo, o grau I foi a mais encontrada na população de infartados que realizaram angioplastia com *stent*, com 94,1% do total.

Relacionados aos diagnósticos de enfermagem que estiveram acima do percentil 75, apenas o diagnóstico Risco de Infecção esteve presente em 100% dos infartados estudados. Segundo a Classificação taxonômica II proposta pela North American Nursing Association (NANDA, 2005, p. 131), este diagnóstico de risco está inserido no Domínio 11-Segurança/Proteção, Classe 1- Infecção, e é definido como “Estar em risco aumentado de ser invadido por organismos patogênicos”.

A incidência elevada deste diagnóstico em nosso estudo foi decorrente da abertura da artéria para o tratamento da angioplastia coronariana com *stent* realizado em todos os pacientes infartados estudados e da punção venosa em membro superior para infusões medicamentosas. A angioplastia é um procedimento altamente invasivo que, embora aconteça com técnica asséptica, tem os riscos inerentes ao ato cirúrgico. Os fatores relacionados presentes com incidência de 100% foram: Procedimentos invasivos e Exposição ambiental a patógenos aumentada, intrínsecos ao tratamento e ambiente hospitalares.

Segundo a NANDA (2005, p. 283), o diagnóstico de enfermagem de risco “descreve respostas humanas a condições de saúde/processos vitais que podem desenvolver-se em um indivíduo, família ou comunidade vulneráveis”.

O diagnóstico Risco de infecção deve receber especial atenção da equipe de enfermagem e demais profissionais por não ser um diagnóstico real e, através da adoção de medidas preventivas, pode-se diminuir as chances do paciente contrair uma infecção hospitalar. A principal medida inclui a lavagem das mãos pelos profissionais de saúde, acompanhantes e visitantes antes e após cada toque aos pacientes. Tão importante quanto, os pacientes devem ser orientados a procederem à lavagem das mãos após a realização de suas necessidades fisiológicas.

A identificação do diagnóstico Risco de Infecção possibilita ao enfermeiro planejar e implementar estratégias que diminuam os riscos de instalação de um processo infeccioso e que configuram na conservação da integridade estrutural dos pacientes hospitalizados (FLÓRIO; GALVÃO, 2003).

Paiva e Lopes (2005a) encontraram alta incidência dos fatores relacionados Procedimentos invasivos e Exposição ambiental a patógenos aumentada em infartados internados em unidade de cuidados intensivos. Outros estudos que, também, apontaram alta incidência do Risco de Infecção foram os realizados por Galdeano et al (2006) com pacientes no perioperatório de cirurgia cardíaca (100%), Galdeano, Rossi e Pezzuto (2004) no pré-operatório de cirurgia cardíaca (76,5%) e, também, no primeiro pós-operatório, com incidência de 100% (GUERRIERO; GUIMARÃES; MARIA, 2000). Este risco aumentado do paciente coronariopata desenvolver um processo infeccioso é uma fonte de preocupação, pois a infecção quando instalada poderá agravar o quadro clínico dos pacientes, aumentar os dias de internação e diminuir o índice de sobrevida dos mesmos.

O diagnóstico de enfermagem Dentição prejudicada esteve presente em 96,1% dos infartados pesquisados e esteve totalmente relacionado com o fator Higiene oral ineficaz, com associação estatisticamente significativa ($p = 0,001$, $\phi = 1,000$).

A NANDA (2005, p. 80) conceitua Dentição prejudicada como “Distúrbio nos padrões de desenvolvimento/erupção dentário ou da integridade estrutural dos dentes de um indivíduo”. Este diagnóstico está inserido, também, no Domínio 11- Segurança/Proteção e na Classe 2- Lesão física. A característica definidora que mais se apresentou para este

diagnóstico foi a Ausência de alguns dentes ou ausência completa, observada em 94,1% dos pacientes.

Estudo realizado recentemente por Rech et al. (2007) salienta a hipótese de que processos infecciosos na região bucal podem estar relacionados aos fenômenos inflamatórios e trombóticos e, assim, influenciar na precipitação de episódios agudos coronarianos. Contudo, não foi verificada associação entre doença periodontal e síndrome coronariana, mas houve associação entre esta e periodontite. Estudo semelhante foi realizado por Accarini e Godoy (2006) que encontraram associação entre a doença periodontal e coronariopatia obstrutiva, devendo ser considerada como fator de risco para as DAC. No entanto, ambos os estudos concordam que estes dados são, ainda, inconclusivos necessitando de maiores pesquisas na área e a inclusão do exame periodontal no rol de investigação da doença coronariana.

Cunha-Cruz e Nadanovsky (2003) realizaram um estudo epidemiológico que avaliava a doença periodontal como causa de doenças cardiovasculares. As 35 pesquisas analisadas não forneceram associação causal entre estas doenças. No entanto, os pesquisadores acrescentam que a possibilidade das doenças bucais ocasionarem doenças no aparelho cardiocirculatório ainda não foi descartada.

Em nosso estudo, Dentição prejudicada não apresentou associação estatisticamente significativa com nenhum dos diagnósticos de enfermagem encontrados nos infartados.

O diagnóstico de enfermagem Intolerância à atividade apresentou frequência percentual de 96,1% nos infartados que realizaram a angioplastia com *stent*. É descrita pela NANDA (2005, p. 139) como “Energia fisiológica ou psicológica insuficiente para suportar ou completar as atividades diárias requeridas ou desejadas”.

Energia é a capacidade de um sistema para realizar um trabalho. Para tanto, há a necessidade de equilíbrio entre o consumo e a produção de energia que pode ser obtida através de nutrientes, água, repouso e motivação (BRAGA; CRUZ, 2003). A equipe de enfermagem tem papel importante na manutenção da integridade humana como um todo, utilizando os recursos de energia para restaurar o equilíbrio do organismo humano. O paciente debilitado apresentará um maior consumo de energia pelos esforços realizados para sua recuperação e cura. A energia pode ser identificada, mensurada e controlada na assistência de enfermagem, como por exemplo, na medida dos sinais vitais (FLÓRIO; GALVÃO, 2003).

Intolerância à atividade apresentou associação forte estatisticamente significativa com o fator relacionado Desequilíbrio entre a Demanda e a Oferta de Oxigênio ($p = 0,002$, $\phi = 0,808$), intrínseco ao diagnóstico. A associação forte decorre da relação direta da Intolerância à atividade com o episódio isquêmico do infarto do miocárdio, cuja relação entre a oferta e consumo de oxigênio e nutrientes, responsáveis pelo bom funcionamento das câmaras cardíacas, está comprometida.

Em decorrência da interrupção do fluxo sangüíneo, a área miocárdica atingida perde imediatamente a capacidade de encurtar-se e realizar a sístole ventricular. Esta interrupção repercute em alterações hemodinâmicas podendo ocasionar dor precordial; arritmias; modificações na frequência cardíaca, dependendo do ritmo subjacente e do grau da insuficiência ventricular; declínio das pressões sistólica e de pulso e elevação da diastólica; febre em resposta não específica à necrose tecidual; atritos pericárdicos, e outros sinais e sintomas (ANTMAN; BRAUNWALD, 2003).

Estas alterações reduzem, ainda mais, a eficácia do transporte de oxigênio e nutrientes, comprometendo outra vez o miocárdio, podendo piorar o quadro isquêmico previamente instalado pelo infarto. Nos pacientes estudados, o aparecimento da Intolerância à atividade foi, em muitos casos, inevitável, embora tenham realizado a reperfusão coronariana com a angioplastia e *stent* com sucesso e recuperados à irrigação sangüínea na área infartada. O tamanho da área miocárdica afetada não foi avaliada neste estudo e em decorrência do intervalo pequeno entre a realização do procedimento e a coleta de dados, a recuperação pós angioplastia ainda estava incipiente. Este fato, também, contribuiu para alta incidência deste diagnóstico na população estudada.

A característica definidora que mais representou a Intolerância à atividade foi Alterações eletrocardiográficas refletindo arritmia ou isquemia, presente em 94,1% dos infartados. O traçado eletrocardiográfico é um importante achado para suspeita/confirmação do diagnóstico de infarto do miocárdio e acompanhamento/deteção das possíveis alterações cardíacas advindas após o evento isquêmico coronariano. Para Antman e Braunwald (2003), no ECG a elevação do segmento ST e as ondas Q são duas características altamente indicativas de infarto agudo do miocárdio. No entanto, estas são muito inespecíficas e podem ocorrer em outras patologias cardíacas, como as anginas instáveis e estáveis, hipertrofia ventricular, pericardite aguda e crônica, dentre outras.

Cardoso et al. (2002) analisaram a relação entre as alterações eletrocardiográficas e os fatores de risco para doença isquêmica cardíaca em uma população adulta residente na área metropolitana de São Paulo. Constataram que variáveis como sexo feminino, idade de risco, hipertensão arterial, hipercolesterolemia correlacionaram-se positivamente com alterações de repolarização ventricular. E sexo masculino e tabagismo foram correlacionados com sobrecarga do ventrículo esquerdo. Os autores colocam que seria importante que estes achados fossem confirmados através de estudos prospectivos que incluíssem a medida dos valores preditivos do EGC nesta situação.

Diante deste quadro de sinais e sintomas, Barbosa et al. (2003) colocam que o cuidado de enfermagem aos infartados deve ter o objetivo de diminuir as atividades do paciente, colocando-o em repouso absoluto com a intenção de atenuar o esforço da bomba cardíaca. Estas autoras sugerem a elaboração de um plano de cuidados de modo a conseguir ações com um menor consumo de oxigênio evitando, ao máximo, atividades tidas como não essenciais. Ariza Olarte (2001) reforça que o repouso absoluto deverá ser de 12 horas após o evento cardíaco e somente com 24 a 48 horas poderiam-se reiniciar as atividades paulatinamente, como sentar-se à beira do leito.

Outros estudos realizados com pacientes cardíacos mostraram índice percentual acima de 80% da presença do diagnóstico de enfermagem Intolerância à atividade (GALDEANO et al., 2006; GALDEANO; ROSSI; PEZZUTO, 2004).

Em nosso estudo, não foi evidenciado associação estatisticamente significativa de Intolerância à atividade com outros diagnósticos de enfermagem cruzados. No entanto, na prática diária da assistência de enfermagem ao infartado pós-angioplastia, percebe-se que quando presente o diagnóstico de enfermagem Intolerância à atividade, o paciente permanece restrito ao leito de modo a diminuir a sobrecarga cardíaca. Esta imposição terapêutica ocasiona no indivíduo afetado prejuízos nas funções de autocuidado, mobilidade e locomoção.

Quanto aos diagnósticos de enfermagem relacionados ao déficit no autocuidado (AC), estes estiveram bastantes presentes nos infartados que realizaram angioplastia primária com *stent*. Os diagnósticos Déficit no AC para banho/higiene e Déficit no AC para higiene íntima acometeram 76,5% dos pacientes estudados e Déficit no AC para vestir-se/arrumar-se 68,6%.

Os três diagnósticos de déficit no AC apresentaram associações fortes estatisticamente significativas entre si ($p < 0,001$, $\phi > 0,8$). Isso mostra que o paciente que apresenta

dificuldades para realização de atividades independentes quanto ao banho/higiene, possivelmente terá problemas em realizar sua própria higiene íntima e colocar seus objetos de uso pessoal, e vice-versa.

Os diagnósticos de déficit no autocuidado estão inserido na classificação da NANDA no Domínio 4 – Atividade / Repouso, Classe 2 - Atividade / Exercício. Déficit no AC para banho / higiene é definido pela NANDA (2005, p. 34) como “Capacidade prejudicada para realizar ou completar as atividades de banho/higiene”. E Déficit no AC para higiene íntima como “*Capacidade prejudicada para realizar ou completar suas próprias atividades de higiene íntima*” (NANDA, 2005, p. 35). Em relação ao Déficit no AC para vestir-se/arrumar-se, a NANDA (2005, p. 36) conceitua como “Capacidade prejudicada para realizar ou completar atividades de vestir-se e arrumar-se por si mesmo”.

O fator relacionado mais presente nos diagnósticos de déficit no autocuidado foi Estado de mobilidade prejudicada, com 62,7%. Estes diagnósticos apresentaram associações estatisticamente significativas com os fatores relacionados: Estado de mobilidade prejudicada, Restrições de movimentos prescritas e Limitação imposta pela retirada da bainha ($p < 0,001$). Isso demonstra que a capacidade prejudicada para desempenhar as atividades de higiene corporal e colocação de objetos pessoais presente nos infartados, esteve estritamente relacionada com a restrição terapêutica imposta pela patologia com necessidade de diminuição do consumo de oxigênio pelo miocárdio e pela retirada do introdutor em membro inferior direito cateterizado.

Quando um paciente apresenta capacidade inadequada para alcançar os requisitos de autocuidado, com dificuldade para satisfazer as suas demandas, têm-se o diagnóstico de déficit no autocuidado. Orem relata em sua teoria do AC que o enfermeiro após identificar estes diagnósticos em seus pacientes, deve estabelecer um plano de ação específico, delegando a sua responsabilidade, a do paciente e a de outros profissionais para que a demanda terapêutica do AC seja atendida. O paciente deverá ser avaliado continuamente a fim de manter um plano de assistência atualizado das necessidades e habilidades individuais. Quanto maior a dependência do paciente, mais este necessitará das ações de enfermagem (VIEIRA; CRUZ, 2007).

Orem reforça que o cuidado deverá ser desenvolvido pelo indivíduo em benefício próprio, por meio de atividades capazes de satisfazer suas próprias necessidades fisiológicas,

de desenvolvimento ou comportamentais. Se há deficiência no AC, a equipe de enfermagem deve estar presente auxiliando ao paciente na obtenção do autocuidado (FIALHO; PAGLIUCA; SOARES, 2002).

Na presença dos diagnósticos de déficit no AC para banho/higiene e higiene íntima, o paciente infartado tem a impossibilidade de ser encaminhado ao banho de aspersão. A opção restante é a de depender dos cuidados de enfermagem para o banho no leito. É uma experiência difícil para o paciente, pois se configura em perda da autonomia para os cuidados de higiene, acometimento da autoestima, constrangimento da exposição corporal e não possuir as mesmas sensações de limpeza proporcionadas pelo banho de aspersão. O enfermeiro, através da observação e condutas frente à atividade no banho no leito, deve promover o bem-estar físico e psíquico durante esta experiência (MACIEL; BOCCHI, 2006).

Estudo realizado por Pupulim e Sawada (2005) mostrou a preocupação e importância conferidas pelas enfermeiras em proporcionar aos pacientes sob suas responsabilidades, a higiene corporal e o favorecimento das eliminações. Além disso, estas profissionais expressaram suas inquietações e desconforto ante a exposição do corpo e invasão da intimidade do paciente durante o procedimento de banho no leito. Contudo, a pesquisa não apresenta soluções imediatas para a resolução deste problema.

Percebemos, em outros estudos, a identificação dos diagnósticos de enfermagem de déficit no autocuidado, também, com incidência importante. Com pacientes no pós-operatório imediato de transplante hepático, verificou-se incidência de 100% do diagnóstico de Déficit no AC para banho/higiene, além de Mobilidade no leito prejudicada, Risco de infecção e outros (CANERO; CARVALHO; GALDEANO, 2004).

Em paciente pós-cateterismo cardíaco, o Déficit no AC para higiene íntima esteve presente em 100% dos estudados. Além deste, Mobilidade física prejudicada apareceu com a mesma incidência. Os autores caracterizam a presença do diagnóstico de déficit no AC pela incapacidade de se deslocar até o vaso sanitário e relacionado com a capacidade de transferência prejudicada secundária ao cateterismo. A introdução do cateter na artéria femoral por punção, limita a mobilidade física e instala o déficit no AC que consistem em problemas específicos neste período pós-exame (LIMA; PEREIRA; CHIANCA, 2006).

Em nosso estudo, os três diagnósticos de enfermagem de déficit no AC apresentaram associação forte estatisticamente significativa com os diagnósticos relacionados à

movimentação presentes nos pacientes infartados: Deambulação prejudicada e Mobilidade física prejudicada ($p < 0,001$). Percebemos, também, que os infartados que apresentaram Mobilidade física prejudicada tem 510 vezes maior chance de apresentarem Déficit no Autocuidado para vestir-se/arrumar-se (IC 95% = 26,869 - 2841,541).

Percebe-se íntima relação dos diagnósticos de déficit no autocuidado com os de mobilidade. A restrição da mobilidade física está muito presente nos infartados devido repouso absoluto no leito com motivos à recuperação da estabilidade hemodinâmica e pela presença ou retirada do introdutor. Estes repercutem diretamente no aparecimento dos déficits de AC pela não possibilidade de deslocamento e realização do atendimento de suas necessidades fisiológicas, independentemente. As funções limitadas de AC não se limitam às atividades de higiene corporal e íntima, colocação de vestimenta, mas alimentar-se, locomover e movimentar-se independentemente da atuação de uma outra pessoa. Em decorrência disto, os diagnósticos de enfermagem de déficit no AC, mobilidade e deambulação estão fortemente associados.

A identificação destes diagnósticos de enfermagem de déficit no autocuidado permitiu verificar a necessidade de rigorosa observação da satisfação das necessidades humanas dos infartados pela equipe de enfermagem, quanto à higiene corporal e eliminações fisiológicas, logo que os pacientes não podem se deslocar até o banheiro.

O número de diagnósticos de enfermagem apresentados pelos infartados pós-angioplastia com *stent* apresentou diferenças de média estatisticamente significativas ($p < 0,001$) com os diagnósticos de Déficit no Autocuidado. O resultado mostra que os pacientes que apresentaram os referidos diagnósticos possuíam 12 a 13 diagnósticos diferentes. Há relação direta da limitação no desempenho de atividades de autocuidado com a quantidade de diagnósticos de enfermagem presentes nos infartados que realizaram angioplastia. Quanto maior a dependência dos infartados aos profissionais da saúde, maior o número de diagnósticos apresentados pelos pacientes.

Mobilidade física prejudicada esteve presente em 68,6% dos pacientes que realizaram angioplastia com *stent*. Entende-se por Mobilidade física prejudicada a “Limitação no movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades” (NANDA, 2005, p. 152). Este diagnóstico está inserido no Domínio 4-Atividade/Repouso, Classe 2-Atividade/Exercício da classificação da NANDA.

O fator relacionado de maior incidência responsável pelo aparecimento da Mobilidade física prejudicada foi Restrições de movimento prescritas (60,8%), com associação forte estatisticamente significativa ($p < 0,001$). Este diagnóstico apresentou, ainda, associação forte estatística significativa com o fator relacionado Estado de mobilidade prejudicada ($p < 0,001$) e associação estatística significativa de intensidade moderada com Limitação imposta pela retirada da bainha ($p < 0,001$).

A limitação dos movimentos corporais dos infartados é mais acentuada durante as primeiras 12 horas pós-angioplastia decorrente da prescrição terapêutica de repouso no leito e presença/retirada do introdutor em MID. Este diagnóstico foi evidenciado pelas seguintes características definidoras presentes no pacientes estudados: Amplitude limitada de movimento (68,6%), Capacidade limitada para desempenhar as habilidades motoras grossas (66,7%) e Dificuldade para virar-se (60,8%).

A prescrição terapêutica de restrição de exercícios é de suma importância ao infartado que realizou angioplastia com *stent* dada à necessidade de recuperação do tecido miocárdio isquemiado. Ganz e Ganz (2003) relatam que na vigência de obstrução coronária, o exercício, a taquicardia ou a emoção ocasionam um aumento do fluxo sanguíneo coronariano que é insuficiente para suprir o aumento da demanda de oxigênio pelas células miocárdicas, podendo provocar episódios de angina.

Guerriero, Guimarães e Maria (2000) encontraram Mobilidade física prejudicada em 100% dos pacientes que estavam no primeiro pós-operatório de cirurgia cardíaca. Esta mobilidade diminuída foi imposta pela presença de drenos, cateteres, sondas e monitorização devido vulnerabilidade hemodinâmica. As autoras ressaltam que a restrição de movimentos foi gerada pela prescrição de repouso e não por danos ou disfunção neuromúsculo-esquelética. Contudo, a limitação pode gerar o diagnóstico de Risco para prejuízo na integridade da pele.

Em outros estudos cujo diagnóstico Mobilidade física prejudicada, também, esteve presente (REIS; COSTA; CRUZ, 2004; PASINI et al., 1996), percebe-se a preocupação dos pesquisadores quanto à imobilização no leito devido ligação deste com diagnóstico de enfermagem Integridade da pele prejudicada. A imobilização prolongada aumenta o risco de desenvolvimento de escaras de decúbito e alterações cardíopulmonares. Em nosso estudo, esta preocupação não foi tão evidente, pois a imobilização sentida pelo infartado que realizou

angioplastia com *stent* não é total e nem por tempo prolongado, fato este influenciado pelo enquadramento dos pacientes na classificação Killip I ou II.

Após 6 horas de retirada do introdutor (ou 12 horas pós-angioplastia), o paciente é incentivado a reiniciar suas atividades diárias de mobilização, locomoção e autocuidado, respeitando-se os limites físicos de cada indivíduo. A lesão de tecidos decorrente da imobilização não esteve presente, pois apesar da limitação no leito pela permanência do MID estendido, o paciente poderia mudar de posição no leito, mesmo limitadamente, de modo a aliviar pontos de pressão em seu próprio corpo. No entanto, cabe à equipe de enfermagem desempenhar cuidados para evitar lesões e complicações decorrentes desta capacidade prejudicada de movimentação (CANERO; CARVALHO; GALDEANO, 2004).

A mobilização prejudicada no leito deverá receber especial atenção do corpo de enfermagem, pois o paciente torna-se vulnerável a infecções e complicações, passa a depender da equipe para atendimento de suas necessidades humanas e aumenta o risco de queixas dolorosas na região dorsal, no local de punção de cateter e precordial devido injúria miocárdica. A implementação do processo de enfermagem com identificação dos diagnósticos de enfermagem no cuidado aos infartados, facilita o planejamento das ações priorizando-as, individualizando-as e promovendo melhoria da qualidade da assistência de enfermagem prestada ao infartados nesta fase de dependência.

Neste contexto, a mobilização prejudicada influencia no aparecimento de maior número de diagnósticos de enfermagem nos infartados. Assim, encontramos associação estatisticamente significativa ($p < 0,001$) de Mobilidade física prejudicada com a variável Número de diagnóstico. Isso significa que os infartados que apresentaram alterações na mobilidade física possuíam maior número de diagnósticos de enfermagem que àqueles que não portavam o referido diagnóstico, com média de 13,29 ($\pm 1,8$).

Mobilidade física prejudicada apresentou, também, associação forte estatisticamente significativa com Deambulação prejudicada ($p < 0,001$). Os infartados que possuíam dificuldades quanto à mobilização, apresentaram, conseqüentemente, problemas na locomoção, ou seja, no deslocamento para o banheiro, pela enfermaria e corredores desta aumentando a dificuldade dos pacientes em se autocuidarem.

No que tange a Deambulação prejudicada, NANDA (2005, p.75) a define como “Limitação ao movimento independente, a pé, pelo ambiente”. Este diagnóstico esteve

presente em 70,6% e a característica definidora predominante foi Capacidade prejudicada de andar às distâncias necessárias, com o mesmo valor percentual.

A classificação da NANDA 2003-2004 não apresenta fator relacionado específico a este diagnóstico, dando liberdade para que os enfermeiros possam desenvolvê-lo, segundo a situação vivenciada. Neste estudo, os fatores relacionados mais frequentes envolveram-se com a presença/retirada recente do introdutor na femoral D. Este limitou o paciente ao leito e prejudicou suas funções de locomoção e realização de atividades diárias. O fator relacionado Limitação imposta pela retirada da bainha apresentou maior incidência (41,2%), seguida da Limitação imposta pela presença da bainha, com 13,7%.

Deambulação prejudicada apresentou associações estatisticamente significativas com os fatores relacionados Restrições de movimentos prescritas, Limitação imposta pela retirada da bainha e Estado de mobilidade prejudicada ($p < 0,001$). Percebemos que a terapêutica imposta pelo infarto que restringe o paciente ao leito de modo a não sobrecarregar o tecido miocárdio atingido pelo processo isquêmico e o tempo decorrido de 6 horas sem fletir o membro cateterizado, influenciam acentuadamente de maneira negativa nas funções motoras de deslocamento e deficiência no autocuidado, favorecendo o aparecimento de sensações de dependência, mal-estar e ansiedade ao paciente. Contudo, o medo e a ansiedade sempre devem ser investigados nos pacientes cardiopatas, pois estes sentimentos podem aumentar o trabalho e a frequência cardíacos por estimulação simpática podendo prejudicar, ainda mais, o desequilíbrio do aporte de oxigênio e nutrientes às células miocárdicas (ARIZA OLARTE, 2001).

Assim como os diagnósticos de déficit de autocuidado e mobilidade prejudicada, Deambulação prejudicada apresentou associação forte estatisticamente significativa ($p < 0,001$) com a variável Número de diagnósticos, com média de presença de $13,17 \pm 1,9$ diagnósticos para os infartados que portavam dificuldades na locomoção. Percebemos a relação existente entre os diagnósticos de enfermagem relacionados ao autocuidado, mobilidade e locomoção onde a alteração em um dos padrões de funcionalidade repercutirá problemas nos outros dois sistemas, aumentando a média da presença de diagnósticos nos infartados que realizaram angioplastia primária com *stent*.

Quanto à assistência de enfermagem, esta deverá criar condições que possibilitem ao paciente manter e implementar ações de autocuidado, levando em consideração sua

individualidade para que adquiram independência e convivam da melhor maneira possível com suas limitações neste período de hospitalização. Cabe ao enfermeiro, incentivar o paciente a participar ativamente das atividades, mesmo que de forma limitada, de modo que se sintam menos dependentes (VIEIRA; CRUZ, 2007). O enfermeiro como integrante da equipe multiprofissional e líder da equipe de enfermagem, deve desenvolver maneiras seguras e eficazes de cuidar. A prática do cuidado sistematizado melhora a qualidade da assistência e contribui para o reconhecimento da importância das ações de enfermagem em qualquer nível de assistência à saúde (LIMA; PEREIRA; CHIANCA, 2006).

Padrão de sono perturbado foi outro diagnóstico marcadamente presente nos infartados com angioplastia primária e *stent*. Do total de pacientes estudados, 74,5% apresentaram este diagnóstico de enfermagem. A NANDA (2005, p. 166) define como “Distúrbio com tempo limitado na quantidade ou qualidade do sono (suspensão natural, periódica da consciência)”.

Em nosso estudo, as evidências identificadas para definir o Padrão de sono perturbado foram: Três ou mais despertares durante a noite, Insatisfação com o sono (66,7%); Queixas verbais de dificuldade para adormecer (64,7%); Despertares prolongados (58,8%); Prazo de início do sono maior que 30 minutos (41,2%).

Vários fatores relacionados apareceram como responsáveis por Padrão de sono perturbado. Mas, Despertar causado por outros apresentou maior incidência com 41,2% do total. Padrão de sono perturbado apresentou associação moderada estatisticamente significativa com este fator relacionado ($p < 0,001$, $\phi = 0,489$).

Compreendemos que o ambiente hospitalar estranho e a experiência dolorosa do infarto influenciam em dificuldades para o paciente tranquilizar-se e dormir. O prejuízo no sono é reportado às ocorrências hospitalares com outros pacientes, a dinâmica de funcionamento nas 24 horas, estimulação excessiva pela iluminação ambiental e o barulho realizado pelos equipamentos, profissionais de saúde e pacientes vizinhos. Galdeano et al (2006) complementam que este resultado pode ser justificado devido o hospital apresentar sons e odores, ser considerado estranho e, muitas vezes, assustador para o hospitalizado, gerando sentimentos de ansiedade e medo. Este medo resulta em tensão muscular, aumento do estado de alerta e percepção, com conseqüente dificuldade para dormir.

Este diagnóstico pode ser mais observado nas primeiras 48 horas pós-angioplastia devido ocorrência do episódio do infarto e a realização do procedimento invasivo no qual

impõe restrição ao leito, sentimentos de dependência para realização de suas necessidades fisiológicas e a permanência do MID estendido para não formação de complicações locais.

Martins, Garcia (2004) estudando, também, pacientes acometidos de infarto do miocárdio, encontraram uma incidência de 85% de Padrão de sono perturbado. As autoras relatam que estes achados contradizem aos princípios de Florence Nightingale pelo qual o ambiente deve ser terapêutico e restaurador, com o intuito de evitar dispêndio desnecessário de energia. Para Florence, o ambiente é fator crítico e deve proporcionar atividades de distração que eliminem pensamentos negativos de modo a garantir a tranqüilidade do paciente e facilitar sua recuperação nos aspectos clínico, psicológico e emocional.

Com pacientes internados em unidade de cuidados intensivos, também foi encontrado Padrão de sono perturbado apresentando a mudança ambiental como principal fator relacionado para o aparecimento deste diagnóstico de enfermagem (PAIVA; LOPES, 2005a; PASINI et al., 1996). Em pacientes no pré-operatório de cirurgia cardíaca, 52,9% apresentaram alterações no padrão de sono. Esta categoria diagnóstica apresentou o maior número de fatores relacionados, sendo o de maior frequência a urgência urinária, com 66,6% (GALDEANO; ROSSI; PEZZUTO, 2004).

Assim, pela análise dos dados verificamos uma predominância de diagnósticos de enfermagem de caráter biológico com enfoque nos diagnósticos relacionados a problemas no autocuidado, mobilidade e locomoção. O levantamento de dados e a elaboração de diagnósticos de enfermagem forneceu subsídios para o conhecimento de que nesta fase de internação, o paciente infartado que realizou angioplastia com *stent* deverá ser estimulado quanto a atividades que visem sua participação gradual em seu próprio tratamento. Além disso, o enfermeiro e a equipe de enfermagem deverão desenvolver ações que promovam a realização e satisfação das necessidades básicas afetadas com vista ao conforto e bem-estar físico e psíquico desta clientela.

7 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo se desenvolveu com 51 pacientes que foram acometidos pelo primeiro episódio de infarto do miocárdio e que realizaram tratamento percutâneo com angioplastia primária e colocação de *stent* coronariano. A maioria era do sexo masculino, com raça parda predominante, natural do interior do Estado do Ceará, procedente da Capital cearense e de religião católica. A média de idade foi de 54 anos com baixo nível de escolaridade.

Percebemos que o primeiro episódio de infarto do miocárdio está incidindo em faixa etária mais jovem e em fase ativa. Este dado preocupa dada a alta taxa de mortalidade decorrente desta patologia, principalmente em mulheres, necessitando de intensificação de medidas preventivas e de controle/deteção precoce dos fatores de risco para as doenças coronarianas.

O baixo nível de escolaridade presente não apresentou maior repercussão nesta fase pós-angioplastia de recuperação imediata. Contudo, sabe-se que o paciente infartado terá que conviver com mudança de comportamento para redução dos fatores de risco modificáveis e, muitas vezes, com terapia medicamentosa. A compreensão das orientações dadas na fase de alta hospitalar é influenciada diretamente pelo grau de instrução e repercute na execução correta das mesmas na prática diária destes pacientes.

Quanto à situação clínica, identificou-se maior frequência do diagnóstico de Infarto do Miocárdio de Parede Anterior, com Classificação Killip I, sendo a Artéria Descendente Anterior Esquerda a artéria culpada pelo episódio isquêmico. Foram encontrados, em média, 11 diagnósticos de enfermagem, 28 características definidoras, 6 fatores relacionados e 5 fatores de risco por paciente.

A elevada incidência do diagnóstico de enfermagem Risco de infecção deve receber especial atenção do enfermeiro de modo a analisar a situação vivenciada e traçar um plano de atividades específicos para que este diagnóstico de risco não se torne real. Ações deverão ser implementadas pela equipe de enfermagem de modo a diminuir os riscos advindos da realização do procedimento invasivo da angioplastia e da internação hospitalar.

Intolerância à atividade apresentou alta frequência nos infartados que realizaram angioplastia com *stent* e relaciona-se com o processo isquêmico sentido pelas células miocárdicas devido desequilíbrio entre o consumo e a oferta de oxigênio e nutrientes. A

identificação deste diagnóstico de enfermagem permite ao enfermeiro direcionar as ações da equipe de enfermagem para diminuir o esforço da bomba cardíaca, proporcionando repouso ao paciente e diminuição das atividades não essenciais.

Identificou-se associação estatisticamente significativa entre o tempo de escolaridade e o diagnóstico Intolerância à atividade no qual os infartados com este diagnóstico apresentavam menor número de anos estudados. A variável nº. de diagnósticos de enfermagem apresentou associações estatisticamente significativas com os três diagnósticos de enfermagem de Déficit no Autocuidado, Deambulação prejudicada e Mobilidade física prejudicada. Pacientes portadores de Déficit no Autocuidado para vestir-se/ arrumar-se apresentaram renda familiar média significativamente menor quando comparados com aqueles sem o referido diagnóstico.

Observamos nítida relação dos diagnósticos de Déficit no autocuidado, Mobilidade física prejudicada e Deambulação prejudicada. Em decorrência da restrição terapêutica no leito e a presença/retirada recente do introdutor em femoral direita, os pacientes apresentavam limitações quanto ao desempenho de atividades de autocuidado de higiene corporal e íntima, colocação de objetos pessoais, realização das necessidades fisiológicas, bem como alterações na liberdade de movimentação e locomoção.

Os diagnósticos de Déficit no autocuidado apresentaram associação estatisticamente significativa entre si e com Deambulação prejudicada e Mobilidade física prejudicada. Identificamos, também, associação estatisticamente significante entre Mobilidade física prejudicada e Deambulação prejudicada.

De forma semelhante, os diagnósticos de Déficit no Autocuidado, Mobilidade física prejudicada e Deambulação prejudicada apresentaram associações estatisticamente significativas com os fatores relacionados Restrições de movimentos prescritas, Limitação imposta pela retirada da bairra e Estado de mobilidade prejudicada.

Os resultados mostraram que os pacientes infartados que apresentavam os diagnósticos relacionados a alterações no autocuidado, na movimentação e deambulação, apresentavam, conseqüentemente, um maior número de diagnósticos de enfermagem do que aqueles que não apresentavam tais problemas. A equipe de enfermagem tem papel essencial nesta fase de dependência de cuidados durante a hospitalização, pois é a responsável pelo pronto atendimento das satisfações das necessidades apresentadas pelos infartados.

Padrão de sono perturbado mostrou associação estatisticamente significativa com Despertar causado por outros, Intolerância à atividade com Desequilíbrio entre a Demanda e a Oferta de Oxigênio e Dentição prejudicada com Higiene oral ineficaz, fatores relacionados intrínsecos aos referidos diagnósticos.

A partir dos dados descritos, observamos uma predominância de informações encontradas relacionadas às necessidades de ordem biológica quando comparados à identificação de diagnósticos de enfermagem no âmbito psico-emocional. Este fato pode ser justificado pela situação de maior dependência dos pacientes junto à equipe de enfermagem quanto à necessidade de satisfação de suas necessidades fisiológicas. O fato de que a maioria dos pacientes não apresentava sinais e sintomas relacionados ao episódio do infarto, como dor precordial, náusea, suor frio minimizados em decorrência da restauração do fluxo coronariano após a colocação do *stent* pela angioplastia, diminuiu sensivelmente a manifestação de sentimentos como ansiedade e medo presentes nos diagnósticos relacionados ao psico-emocional.

A identificação dos diagnósticos de enfermagem dos infartados submetidos à angioplastia coronariana com *stent*, possibilitou traçar um perfil das necessidades de cuidado destes pacientes no qual é possível organizar o conhecimento científico na área da enfermagem cardiológica. A assistência voltada às necessidades do paciente durante a fase de dependência, inerente ao período de 12 horas pós-angioplastia, será mais individual e integral se o enfermeiro voltar-se, primeiramente, as fases de histórico e diagnósticos de enfermagem.

O conhecimento aprofundado das características definidoras, das respostas humanas e dos fatores relacionados é um processo que deve, necessariamente, anteceder a elaboração do plano terapêutico de enfermagem. A credibilidade em relação à prática de enfermagem destina-se, principalmente, nas atividades de enfermagem desenvolvidas e nos resultados advindos das ações destas. Mas, para que estas ações sejam eficazes, a aquisição de dados do paciente com a conseqüente identificação dos diagnósticos de enfermagem faz-se primordial e necessária, visto que o foco principal da enfermagem é o cuidar do paciente.

Em suma, o processo de enfermagem faz-se importante instrumento metodológico na prática do enfermeiro, pois o norteia no desenvolvimento do raciocínio clínico e crítico através da identificação dos diagnósticos de enfermagem, fornecendo base sólida para a prestação de cuidados de enfermagem de forma holística e com qualidade. O processo de

enfermagem abre margem para a ampliação do conhecimento das necessidades de cuidados de enfermagem a serem implantados aos pacientes no campo assistencial, bem como no ensino e pesquisa, favorecendo ao enfermeiro uma maior autonomia e segurança nas atividades de sua prática diária, independente do local onde serão/são realizadas.

No entanto, sabe-se que a adoção do PE na atualidade do enfermeiro ainda se constitui um desafio, necessitando da superação do modelo tecnicista vigente e mudança na percepção do enfermeiro quanto à importância deste em seu campo de atuação, com vistas a uma qualificação profissional e, principalmente, valorização, reconhecimento e otimização da assistência de enfermagem.

Como forma de colaboração à comunidade científica e aos enfermeiros assistencialistas, em especial àqueles que trabalham na unidade hospitalar em que foi gerada esta pesquisa, pretende-se divulgar os dados encontrados de modo a incentivar/aperfeiçoar a prática do processo de enfermagem. Ademais, leva-se em consideração a identificação dos diagnósticos de enfermagem conforme a realidade existente em cada campo de trabalho e a conscientização destes profissionais de que apesar das barreiras encontradas, é possível adotar o PE com coragem e determinação com capacidade de se assegurar a qualidade e continuidade do cuidado de enfermagem com perspectiva à valorização profissional.

Assim, a importância deste estudo repousa na escassez de trabalhos no campo da enfermagem brasileira com pacientes infartados que realizaram angioplastia coronariana primária com sucesso na implantação de *stent* e em sua contribuição para o incremento de novas pesquisas sobre as duas primeiras fases do processo de enfermagem e, conseqüentemente, para o desenvolvimento técnico-científico da profissão de enfermagem.

REFERÊNCIAS

- ACCARINI, R.; GODOY, M. F. Periodontal disease as a potential risk factor for acute coronary syndromes. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 87, p. 592-596, 2006.
- ALCONERO, A. R.; PEREZ, S.; FERNANDEZ, R.; SOLA, J. M. Registros de enfermagem en la valoración del dolor en el infarto agudo de miocardio. **Enferm. Cardiol.**, n. 4, p. 22-26, 3. cuatrimestre 2001. Disponível em: <<http://www.enfermeriacardiologia.com/revista/2405.pdf>>. Acesso em: 6 jul. 2005.
- ALMEIDA, L. M.; NÓBREGA, M. M. L. Diagnósticos de enfermagem identificados a partir de sintomas de estresse em familiares de portadores de transtornos mentais. **Rev. RENE: Revista de Enf. do Nordeste**, v. 5, n. 1, p. 9-14, jan./jun. 2004.
- AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Heart disease and stroke statistics**, 2005-Update. Disponível em: <<http://www.americanheart.com>>. Acesso em: 27 June 2005.
- ANDRADE, M. T. S. **Cuidados intensivos**. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2002.
- ANTMAN, E. M.; BRAUNWALD, E. Infarto agudo do miocárdio. In: BRAUNWALD, E.; ZIPES, D. P.; LIBBY, P. **Tratado de medicina cardiovascular**. 6. ed. São Paulo: Roca, 2003. p. 1145-1270.
- ARIZA OLARTE, C. Atención de enfermería al paciente con infarto agudo del miocardio en la fase aguda. **Enferm. Cardiol.**, n. 24, p. 35-42, 3. cuatrimestre 2001. Disponível em: <<http://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/2405.pdf>>. Acesso em: 06 jul. 2005.
- ATIK, E. Cateterismo cardíaco intervencionista na cardiologia pediátrica. O posicionamento médico quanto às aplicações atuais e perspectivas. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 79, n. 5, p. 443-445, nov. 2002.
- BACKES, D. S.; ESPERANÇA, M. P.; AMARO, A. M.; CAMPOS, I. E. F.; CUNHA, A. O.; SCHWARTZ, E. Sistematização da assistência de enfermagem: percepção dos enfermeiros de um hospital filantrópico. **Acta Sci. Health Sci.**, Maringá, v. 27, n.1, p. 25-29, jan./jun. 2005. Disponível em: <http://www.ppg.uem.br/Docs/ctf/Saude/2005_1/04_064_05_Backes%20et%20al_Sistematizacao%20da%20Assistencia.pdf>. Acesso em: 7 fev. 2007.
- BARBOSA, P. M. K.; PONTELLI, L. R. O.; MAURÍCIO, M. M.; NUNES, R. C. A. Débito cardíaco diminuído: diagnóstico e intervenções de enfermagem a pacientes internados em terapia intensiva. **Nursing(São Paulo)**, v. 6, n. 59, p. 21-27, abr. 2003.
- BARROS, A. L. B. L. **Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto**. Porto Alegre: Artmed, 2002. 272 p.
- BRAGA, C. G.; CRUZ, D. A. L. M. A resposta psicossocial de impotência em pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, v. 37, n. 1, p. 26-35, 2003. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reecusp/upload/pdf/121.pdf>>. Acesso em: 23 jan. 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel dos indicadores do SUS**. Disponível em: <<http://www.segep.dema.saude.gov.br>>. Acesso em: 02 maio 2007.

_____. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao Diabetes mellitus: manual de hipertensão arterial e Diabetes mellitus.** Brasília, 2002.

_____. Resolução nº 196/96. Decreto nº. 93.933 de janeiro de 1987. **Bioética**, v. 4, n. 2, p. 15-25, 1996. Suplemento.

_____. Lei nº 7498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Seção 1, p. 1.

CAIXETA, A.; SALGADO, C. G. Intervenções percutâneas. **Rev. SOCERJ**, v. 14, n. 1, p. 53-57, jan./mar. 2001. Disponível em: <http://www.socerj.org.br/revista/jan_2001/art07.pdf>. Acesso em: 7 fev. 2007.

CANERO, T. R.; CARVALHO, R.; GALDEANO, L. E. Diagnósticos de enfermagem para o pós-operatório imediato de pacientes submetidos a transplante hepático. **Einstein**, v. 2, n. 2, p. 100-104, 2004. Disponível em: <<http://www.einstein.br/biblioteca/artigos/Vol2Num2/Diagnosticos%20de%20enfermagem.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2007.

CARDIAC catheterization: a patient guide. Disponível em: <www.heartinfo.org.com>. Acesso em: 10 Oct. 2004.

CARDOSO, E.; MARTINS, I. S.; FORNARI, F.; MONACHINI, M. C.; MANSUR, A. P.; CAMELLI, B. Alterações eletrocardiográficas e sua relação com os fatores de risco para doença isquêmica do coração em população da área metropolitana de São Paulo. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 48, n. 3, p. 231-236, jul./set. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v48n3/11821.pdf>>. Acesso em: 7 fev. 2007.

CARVALHO, E. C. C. Diagnósticos de enfermagem: considerações sobre o seu ensino. In: **SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM**, 3., 1996, Fortaleza. **Trabalho apresentado...**Fortaleza: [s.n.], 1996.

CARVALHO, E. C. C.; GARCIA, T. R. Processo de enfermagem: o raciocínio e julgamento clínico no estabelecimento do diagnóstico de enfermagem. In: **FÓRUM MINEIRO DE ENFERMAGEM**, 3., 2002, Uberlândia, MG. **Sistematizar o cuidar: anais.** Uberlândia, MG: UFU, 2002. v. 1, p. 29-40.

CARVALHO, L. D. P. **Diagnósticos de enfermagem no período perioperatório de cirurgia cardíaca valvar.** 2003. 142 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2003.

CATETERISMO cardíaco. Disponível em: <<http://www.geocities.com/lupusbrasil/cateterismo.html>>. Acesso em: 17 out. 2004.

CLARK, J.; CRAFT-ROSENBERG, M.; DELANEY, C. An international methodology to describe clinical nursing phenomena: a team approach. **Int. J. Nurs. Stud.**, v. 37, n. 6, p. 541-553, Dec. 2000.

COLOMBO, R. C. R.; AGUILLAR, O. M. Estilo de vida e fatores de risco de pacientes com primeiro episódio de infarto agudo do miocárdio. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 5, n. 2, p. 69-82, abr. 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v5n2/v5n2a09.pdf>>. Acesso em: 23 jan. 2007.

COLOMBO, R. C. R.; GALLANI, M. C. B. J.; MORAES, P. A.; BRANDI, S.; RIBEIRO, D. C. B. Percepção de pacientes coronariopatas sobre sua doença. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, v. 9, n. 4, supl. A, p. 1-11, jul./ago. 1999.

CONTI, R. A. S.; SOLIMENE, M. C.; LUZ, P. L.; BENJÓ, A. M.; LEMOS NETO, P. A.; RAMIRES, J. A. F. Comparação entre homens e mulheres jovens com infarto agudo do miocárdio. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 79, n. 5, p. 510-517, nov. 2002.

CRUZ, D. A. L. M. Diagnóstico de enfermagem: aspectos históricos e definição. **Rev. Paul. Enfermagem**, v. 13, n. 1/3, p. 3-7, 1994.

CUNHA, A. I. G. O implante do “stent” de Palmaz-Schatz e a assistência de enfermagem. **Rev. Soc. Cardiol. de São Paulo**, v. 2, n. 3, supl. A, p. 3-6, maio/jun. 1992.

CUNHA, I. C. K. C.; CARMAGNANI, M. I. S.; CORNETTA, V. K. Diagnósticos de enfermagem em pacientes com hipertensão arterial em acompanhamento ambulatorial. **Rev. Paul. Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 269-271, set./dez. 2002.

CUNHA-CRUZ, J.; NADANOVSKY, P. Doenças periodontais causam doenças cardiovasculares? Análise das evidências epidemiológicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 357-368, mar./abr. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n2/15401.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2007.

DANCHIN, N.; DE BENEDETTI, E.; URBAN, P. Acute myocardial infarction. **Clin. Evid.**, n. 10, p. 37-63, Dec. 2003.

DANZI, N. J.; GRAZIANO, K. U. Como os enfermeiros coordenam os cuidados onde não há SAE. **Cadernos: Centro Universitário S. Camilo, São Paulo**, v. 7, n. 1, p.79-90, 2001.

DIRETRIZES brasileiras de hipertensão arterial, 4. **Arq. Bras Cardiol.**, v. 82, supl. 4, 2004.

DUDA, N. T.; TUMELERO, R. T.; PRETTO, J. L.; CARNIELETTO JUNIOR, A.; TOGNON, A. P.; THIESEN, M. Angioplastia coronária primária no tratamento do infarto do miocárdio. **Rev. Méd. Hosp. São Vicente de Paulo**, v. 11, n. 26, p. 31-34, jan./jun. 2000. Disponível em: <<http://www.hsyp.com.br/download/revista/26007.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2004.

EASTWOOD, G. M. Lifestyle pattern change in males following percutaneous transluminal coronary angioplasty/intracoronary stenting. **Int. J. Nurs. Pract.**, v. 7, p.131-137, 2001.

ERCOLE, F. F.; COSTA, R. S.; CHIANCA, T. C. M.; MOREIRA, L. F.; PIMENTEL, M. Os diagnósticos de enfermagem e as perspectivas da prática de enfermagem para um novo milênio. **REME Rev. Min. Enferm.**, v. 4, n. 1/2, p. 64-66, jan./dez. 2000. Disponível em: <<http://www.enf.ufmg.br/remem/remev4.pdf>>. Acesso em: 23 jan. 2007.

FIALHO, A. V. M.; PAGLIUCA, L. M. F.; SOARES, E. Adequação da teoria do déficit de autocuidado no cuidado domiciliar à luz do modelo de Barnum. **Rev. Latino-am.**

Enfermagem, v. 10, n. 5, p. 715-720, set./out. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n5/v10n5a14.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2007.

FIGUEIREDO, R. M.; ZEM_MASCARENHAS, S. H.; NAPOLEÃO, A. A.; CAMARGO, A. B. Caracterização da produção do conhecimento sobre sistematização da assistência de enfermagem no Brasil. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, v. 40, n. 2, p. 299-303, 2006. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/253.pdf>> Acesso em: 23 jan. 2007.

FLÓRIO, M. C. S.; GALVÃO, C. M. Cirurgia ambulatorial: identificação dos diagnósticos de enfermagem no período perioperatório. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 11, n. 5, p. 630-637, set./out. 2003.

GALDEANO, L. E.; ROSSI, L. A.; PEZZUTO, T. M. Diagnósticos de enfermagem de pacientes no período pré-operatório de cirurgia cardíaca. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, v. 38, n. 3, p. 307-316, 2004. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/140.pdf>>. Acesso em: 23 jan. 2007.

GALDEANO, L. E.; ROSSI, L. A.; SANTOS, C. B.; DANTAS, R. A. S. Diagnósticos de enfermagem no perioperatório de cirurgia cardíaca. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, v. 40, n. 1, p. 26-33, 2006. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/214.pdf>>. Acesso em: 23 jan. 2007.

GALEANO, R. H. A.; LÓPEZ, S. J. E.; MAGAÑA, S. J. A.; REYES, C. F. A. Análisis clínico del tratamiento médico, cirugía de revascularización y angioplastia, en pacientes en edad geriátrica con cardiopatía isquémica. **Rev. Mex. Cardiol.**, v. 11, n. 1, p. 179-184, enero/marzo 2000. Disponível em: <<http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-cardio/e-h2000/e-h00-1/em-h001a.htm>>. Acesso em: 6 jul. 2005.

GANZ, P.; GANZ, W. Fluxo sanguíneo coronário e isquemia miocárdica. In: BRAUNWALD, E.; ZIPES, D. P.; LIBBY, P. **Tratado de medicina cardiovascular**. 6. ed. São Paulo: Roca, 2003. p. 1118-1144.

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, I. et al. (Org.). **Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar**: realidade, questões, soluções. São Paulo: Atheneu, 2004. v. 2, p. 37-63.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2002.

GOMES, W. J.; GIANNOTTI FILHO, O.; CATANI, R.; PAEZ, R. P; HOSSNE JÚNIOR, N. A; BUFFOLO, E. Coronary artery and myocardial inflammatory reaction induced by intracoronary stent. **Rev. Bras. Cir. Cardiovac**, v. 17, n. 4, p. 293-298, Oct./Dec. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbccv/v17n4/i17n4a03.pdf>>. Acesso em: 7 Feb. 2007.

GORDON, M. **Nursing diagnosis: process and application**. 3rd ed. St. Louis: Mosby, 1994.

_____. The concept of nursing diagnosis. In: _____. **Nursing diagnosis: process and application**. 2nd ed. New York: McGraw Hill, 1987, p. 1-29.

_____. The concept of nursing diagnosis. **Nurs. Clin. North Am.**, v.14, n.3, p. 487-496, 1979.

_____. Toward Theory- based diagnostic categories. **ANS. Nurs. Diag.**, Philadelphia, v. 1, n. 1, p. 5-11, Jan./Mar. 1990.

GORDON, M.; SWEENEY, M. A. Methodological problems and issues in identifying and standardizing nursing diagnoses. **Adv. Nurs. Sci.**, v. 2, n. 1, p. 1-15, 1979.

GRAZZIANO, E. S.; BIANCHI, E. R. F. **Nível de ansiedade de clientes submetidos a cineangiocoronariografia e de seus acompanhantes.** Disponível em: <<http://www.santalucia.com.br/angio.htm>>. Acesso em: 17 out. 2004.

GUERRIERO, A. L. S.; GUIMARÃES, H. C. Q. C. P.; MARIA, V. L. R. Diagnósticos de enfermagem do paciente adulto no primeiro pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Acta Paul. Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 59-67, 2000.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem.** 8. ed. São Paulo: EPU, 1979.

JESUS, C. A. C. **Raciocínio clínico dos graduandos e enfermeiros na construção de diagnósticos de enfermagem.** 2000. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

JESUS, C. A. C.; CARVALHO, E. C. Diagnósticos de enfermagem em clientes com alterações hematológicas: uso da taxonomia I da NANDA. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 4, p. 91-99, out. 1997.

LEAL, M. F.; SOUZA FILHO, N. F. S.; HAGGI FILHO, H.; KLOSOVSKI, E. R.; MUNHOZ, E. C. Infarto agudo do miocárdio em pacientes idosos. Análise comparativa dos preditores da mortalidade. Idosos versus jovens. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 79, n. 4, p.363-374, Oct. 2002.

LIMA, A. F. C.; KURCGANT, P. O processo de implementação do diagnóstico de enfermagem no hospital universitário da Universidade de São Paulo. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, v. 40, n. 1, p. 111-116, 2006. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/226.pdf>>. Acesso em: 23 jan. 2007.

LIMA, A. A. F.; PEREIRA, L. L. O papel da enfermeira clínica e o processo de decisão. **Nursing (São Paulo)**, v. 66, n. 6, p. 43-50, nov. 2003.

LIMA, L. R.; PEREIRA, S. V. M.; CHIANCA, T. C. M. Diagnósticos de enfermagem em pacientes pós-cateterismo cardíaco - contribuição de Orem. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 59, n. 3, p. 285-290, maio/jun. 2006. Disponível em: <<http://www.unievangelica.edu.br/noticias/887/Cateterismo%20Rebem.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2007.

LOPES, M. H. B. M.; MONTAGNOLI, E. T. L.; MAIA, C. A. T. Diagnósticos de enfermagem mais frequentes em uma unidade de internação ginecológica. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 5, p.77-83, dez. 1999.

LOPES, R. A. M.; MACEDO, D. D.; LOPES, M. H. B. M. Diagnósticos de enfermagem mais frequentes em uma unidade de internação de oncologia. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 4, p. 35-41, out. 1997.

LOPES, M. V. O. **Adaptação física e diagnósticos de enfermagem em mulheres com angina pectoris**. 1997. 145 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1998.

LOPÉZ, M. O. **O processo diagnóstico nas decisões clínicas: ciência-arte-ética**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. 492 p.

LUNNEY, M. Critical thinking and accuracy of nurses' diagnoses. **Int. J. Nurs. Terminol. Classif.**, v. 14, n. 3, p. 96-107, July/Sept. 2003a.

_____. Critical thinking and accuracy of nurses' diagnoses. Parte II: application of cognitive skills and guidelines for self-development. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, v. 37, n. 3, p.106-112, 2003b. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/196.pdf>>. Acesso em: 23 Jan. 2007.

MACIEL, S. S. A.; BOCCHI, S. C. M. Compreendendo a lacuna entre a prática e a evolução técnico-científica do banho no leito. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 233-242, mar./abr. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n2/v14n2a13.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2007.

MARIN, M. J. S.; MESSIAS, D. C. C.; OSTROSKI, L. E. Análise das publicações sobre diagnóstico de enfermagem no Brasil. **Nursing (São Paulo)**, v. 76, n. 7, p. 23-28, set. 2004.

MARTINS, D. L.; GARCIA, T. R. Nursing diagnostic profile of patients with myocardial infarction, according to the conceptual modelo of Florence Nightingale. **Online Braz. J. Nurs.**, v. 3, n. 2, 2004. Disponível em: <<http://www.uff.br/nepae/objn302martinsegarcia.htm>>. Acesso em: 14 Mar. 2007.

MATTÉ, V. M.; THOFHERN, M. B.; MUNIZ, R. M. Opinião dos enfermeiros quanto à aplicabilidade do processo de enfermagem em unidade de tratamento intensivo. **Rev. Gaúch. Enferm.**, Porto Alegre, v. 74, n. 7, p.101-121, jul. 2001.

MATTOS, L. A.; TOLEDO, D. G.; MATTOS, C. E.; GADELHA, D. N. B.; SIQUEIRA FILHO, A. G.; TURA, B. R. Evolução temporal do perfil de gravidade clínico e das intervenções invasivas e farmacológicas no infarto agudo do miocárdio em unidade coronariana no período de 1994-2003. **Rev. SOCERJ**, v. 18, n. 6, p. 527-533, nov./dez. 2005.. Disponível em <http://www.socerj.org.br/revista/nov_2005/art06.pdf>. Acesso em: 7 fev. 2007.

_____. Uma comparação entre a intervenção coronariana percutânea de resgate e primária realizadas no infarto agudo do miocárdio. Relato multicêntrico de 9.371 pacientes. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 82, n. 5, p. 434-439, maio 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v82n5/20276.pdf>>. Acesso em: 7 fev. 2007.

_____. Evolução temporal com a utilização da angioplastia coronariana primária no infarto agudo do miocárdio no Brasil. Análise dos preditores de sucesso e dos eventos adversos hospitalares em 9.434 pacientes. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 79, n. 4, p.405-411, 2002.

MELTZER, L. E.; PINNEO, R.; KICHELL, J. R. **Enfermagem na unidade coronariana**. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 2002.

MENDIZ, O. A. Intervención coronaria percutânea electiva: abordaje, aspectos técnicos y complicaciones. In: SOUSA, A. G. M. R.; STAICO, R.; SOUSA, J. E. M. R. (Ed.). **Intervenciones cardiovasculares SOLACI**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2005. p. 113-128.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA). **Diagnóstico de enfermagem da NANDA: definições e classificação**. São Paulo: Artmed, 2002.

_____. **Diagnóstico de enfermagem da NANDA: definições e classificação**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

ODA, M. T.; LOPES, F. J.; SIQUEIRA JÚNIOR, A. C. Assistência de enfermagem a uma paciente em unidade psiquiátrica de um hospital geral. **Nursing (São Paulo)**, v. 49, n. 5, p. 18-23, jun. 2002.

O que é cateterismo cardíaco? Disponível em: <http://www.digicardio.com.br/infra_procedimentos.htm>. Acesso em: 10 out. 2004.

PAIVA, G. S. **Diagnósticos de enfermagem em pacientes com infarto agudo do miocárdio internados em unidade de terapia intensiva**. 2004. Monografia (Especialização em enfermagem em cuidados intensivos) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2004.

PAIVA, G. S.; LOPES, M. V. O. Factores relacionados para diagnósticos de enfermería em pacientes con infarto agudo del miocárdio ingresados em unidad intensiva. **Rev. Mex. Enferm. Cardiol.**, v. 13, n.1/2, p. 31-36, enero/agosto 2005a.

_____. Respuestas humanas identificadas en pacientes con infarto agudo del miocárdio em una unidad de terapia intensiva. **Enferm. Cardiol.**, v. 36, p. 22-27, 3. cuatrimestre 2005b.

PALOMO VILLADA, J. A.; PADILLA PADILLA, F.; REYES CISNEROS, F.; SILVESTRE MONTOYA, A.; ASTUSILLO SANDOVAL, R.; FLORES FLORES, J.; ESTRADA GALLEGOS, J.; ABUNDES VELASCO, A.; PIMENTEL MORALES, G.; FARELL CAMPA, J. Resultados de la implantación de stent coronario en angioplastia primaria en el infarto del miocardio. **Rev. Mex. Cardiol.**, v. 15, n. 2, p. 66-74, abr./jun. 2004. Disponível em: <<http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-cardio/e-h2004/e-h04-2/emh042c.htm>>. Acesso em: 6 jul. 2005.

PASINI, D.; ALVIM, I.; KANDA, L.; MENDES, R. S. P.; CRUZ, D. A. L. M. Diagnósticos de enfermagem de pacientes em unidades de terapia intensiva. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 30, n. 3, p. 501-518, dez. 1996.

PASSOS, L. C. S.; LOPES, A. A.; ESTEVES, F. P.; SANTOS, F. M. O. Diferença de letalidade hospitalar do infarto agudo do miocárdio entre homens e mulheres submetidos a angioplastia primária. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 71, n. 4, p. 587-590, out. 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v71n4/a05v71n4.pdf>>. Acesso em: 7 fev. 2007.

PEIXOTO, R. T. S.; PEIXOTO, E. C. S.; SENA, M. A.; TEDESCHI, A. L.; BORGES, I. P.; RACHID, M. B. F. Influência do sexo na evolução imediata e a médio prazo após a intervenção coronariana percutânea primária e análise dos fatores independentes de risco para óbitos ou eventos. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 86, n. 3, p. 211-218, mar. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v86n3/a09v86n3.pdf>>. Acesso em: 7 fev. 2007.

PÉREZ, V. L. A. B. Uniformização dos diagnósticos de enfermagem no Brasil. In: SIMPÓSIO NACIONAL SOBRE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM, 2., 1992; SEMINÁRIO PARAIBANO DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM, 3., 1992, João Pessoa. **Anais...** João Pessoa: Persona, 1992. p. 7-12.

PIEGAS, L. S.; TIMERMAN, A.; RAMOS, R. F.; AVEZUM JUNIOR, A. Infarto do miocárdio com onda Q: análise evolutiva dos fatores que influenciam a mortalidade. **Rev. Soc. Cardiol. do Estado de São Paulo**, v. 3, n. 2, p. 40-48, mar./abr. 1993.

PORTO, C. C. **Exame clínico**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Grande tratado de enfermagem prática clínica e prática hospitalar**. 3. ed. São Paulo: Tempo, 1998.

PUPULIM, J. S. L.; SAWADA, N. O. Exposição corporal do cliente no atendimento das necessidades básicas em UTI: incidentes críticos relatados por enfermeiras. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 338-396, maio/jun. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a14.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2003.

RECH, R. L.; NURKIN, N.; CRUZ, I.; SOSTIZZO, F.; BAIÃO, C.; PERRONE, J. A.; WAINSTEIN, R.; PRETTO, D.; MANENTI, E. R. F.; BODANESE, L. C. Associação entre doença periodontal e síndrome coronariana aguda. **Arq. Bras. Cardiol. de São Paulo**, v. 88, n. 2, p. 185-190, fev. 2007.

REIS, E. K.; COSTA, G. V.; CRUZ, I. **Como eu cuido de mobilidade física na UTI**: estudo de caso. Disponível em: <<http://www.uff.br/nepae/mobilidadefisicaprejudicada.doc>>. Acesso em: 5 mar. 2004.

RIDKER, P. M.; GENEST, J.; LIBBY, P. Fatores de risco para a doença aterosclerótica. In: BRAUNWALD, E.; ZIPES, D. P.; LIBBY, P. **Tratado de medicina cardiovascular**. 6. ed. São Paulo: Roca, 2003. p. 1034-1065.

RIOS, M. A. M. Reperfusión mecánica en el infarto agudo del miocardio. **Arch. Cardiol. Mex.**, v. 71, supl.1, p. 127-130, enero/marzo 2001. Disponível em: <<http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-archi/e-ac2001/e-acs01-1/em-acs011y.htm>>. Acesso em: 06 jul. 2005.

ROBAZZI, M. L. C. C.; CARVALHO, E. C.; MENDES, M. M. R.; VEIGA, E. V. Diagnósticos de enfermagem: atribuição feita por alunos de graduação de enfermagem a pacientes internados com alterações neurológicas. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 6, n. 2, p. 37-46, abr. 1998.

RODRÍGUEZ, A.; CALZADA, N.; NUÑEZ, P.; PICHEL, D.; MOTTA, J.; ROCHA, A. Angioplastía primaria em el manejo del infarto agudo al miocardio, experiencia inicial em Panamá. **Rev. Costarric. Cardiol.**, San José, v. 2, n. 3, dic. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sciarttext&pid=S140941422000000300005&lng=pt&nrm=iso>>. Acesso em: 7 feb. 2007.

ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

SABATÉ, M.; JIMENÉZ-QUEVEDO, P.; MACAYA, C. Stents coronarios: histórico, evolución de la técnica y los materiales. In: SOUSA, A. G. M. R. et al. **Intervenciones cardiovasculares SOLACI**. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 137-143.

SANTOS, J. L. A.; SECCHES, A. L.; GREGUOLO, C.; AYRES NETO, E. M.; CAMARGO NETO, J.; FINZI, L. A. Infarto agudo do miocárdio: angioplastia primária. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, v. 5, n. 5, p. 573-578, set./out. 1995.

SERRANO, C.; ALARCÓN, D.; DELGADO, I.; GARCÍA, S.; GÓMEZ, A.; ACHÚTEGUI, T.; IZQUIERDO, A.; CAPOTE, L.; LÓPEZ, C.; GARCÍA, P. Estudio multicéntrico, aleatorizado y prospectivo de las complicaciones vasculares tras el cateterismo cardíaco. **Enferm. Cardiol.**, n. 21, p. 19-24, 3. cuatrimestre, 2000.

SILVA, M. A. D.; SOUSA, A. G. M. R.; SCHARGODSKY, H. Fatores de risco para Infarto do Miocárdio no Brasil- Estudo FRICAS. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 71, n. 5, p. 667-675, 1998.

SIQUEIRA, R. C. **Diagnósticos de enfermagem em crianças menores de um ano acompanhadas na consulta de enfermagem em puericultura numa unidade básica de Fortaleza-CE**. 2005. 107f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2005.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **BRUNNER & SUDDARTH**: tratado de enfermagem médico-cirúrgico. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 2419 p.

SOUSA, A. G. M. R.; PINTO, I. ; TANAJURA, L. F. ; FERES, F. ; MATTOS, L. A. ; NUNES, G. L. ; CHAVES, A. ; CENTEMERO, M. ; ABIZAID, A. C. L. S. ; SOUSA, J. E. M. R. O “stent” de Palmaz-Schatz para o tratamento da doença aterosclerótica obstrutiva coronária. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, v. 5, n. 5, p. 560-567, set./out. 1995.

THOMAZ, V. A.; GUIDARDELLO, E. B. Sistematização da assistência de enfermagem: problemas identificados pelo enfermeiro. **Nursing (São Paulo)**, ano 5, v. 54, p. 28-34, nov. 2002.

TRANCHESI JÚNIOR, B.; SOARES, P. R. Infarto agudo do miocárdio. In: FÉLIX, V. N. et al. **Terapia intensiva adulto-pediatria/RN**. São Paulo: Sarvier, 1997. p. 294-306.

VALE, I. N.; LOPES, M. H. B. M. A utilização de classificação na prática e no ensino de enfermagem: a experiência da UNICAMP. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 55, n. 6, p. 670-673, 2002.

VIEIRA, J. M.; CRUZ, I. C. F. Produção científica de enfermagem sobre déficit no autocuidado banho/higiene: implicações para a(o) enfermeira (o) de cuidados intensivos. **Rev. de Literatura - uff.br**. Disponível em: <<http://www.uff.br/nepae/autocuidado.doc>>. Acesso em: 14 mar. 2007.

VIEIRA, S. **Bioestatística**: tópicos avançados. Rio de Janeiro: Campus, 2003. 212 p.

ZIJLSTRA, F.; DE BOER, M. J.; HOORNTJE, J. C.; REIFFERS, S.; REIBER, J. H.; SURYAPRANATA, H. A comparison of immediate coronary angioplasty with intravenous streptokinase in acute myocardial infarction. **N. Engl. J. Med.**, v. 328, n. 10, p. 680-684, Mar. 1993.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Glaziane. Sou Enfermeira e estou no Mestrado em enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Estou realizando uma pesquisa com pacientes que sofreram de infarto do miocárdio, como você, que estão em tratamento neste hospital e que realizaram angioplastia coronariana.

A finalidade da pesquisa é aumentar o conhecimento sobre os pacientes que tiveram Infarto Agudo do Miocárdio com a proposta de se fazer uma assistência de enfermagem mais individualizada e humana para vocês. Caso aceite, irei fazer algumas perguntas sobre seu estado de saúde aqui mesmo no seu leito, e depois lhe examinar com o mínimo de desconforto físico e mental. O que você for me falando e o que eu perceber durante o exame, irei anotando em uma ficha própria.

Dou-lhe a garantia de que as informações que estou obtendo serão usadas apenas para a realização do meu trabalho e, também, lhe asseguro que a qualquer momento você terá acesso a estas informações. Estou disponível a responder qualquer dúvida que possa surgir durante todo este contato. Você tem liberdade de desistir a qualquer momento do estudo, sem que isto traga prejuízo ao seu atendimento e, finalmente, lhe informo que, quando apresentar esta pesquisa, não usarei o seu nome e nem darei nenhuma informação que possa identificá-lo.

Se após alguns dias desta entrevista surgir alguma dúvida sobre esta pesquisa, você pode entrar em contato com a Secretaria do Mestrado, através do telefone (085) 4009.8464 ou você poderá ir ao Departamento de Enfermagem na Rua Alexandre Baraúna, 1115, Rodolfo Teófilo, Fortaleza-Ce e deixar algum recado ou número de telefone para que eu possa me comunicar com você. Desde já, agradeço a sua colaboração e participação que são fundamentais para o desenvolvimento desta pesquisa.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Declaro que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar da pesquisa.

Fortaleza, _____ de _____ de _____.

Assinatura ou polegar do participante

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE B

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

1) IDENTIFICAÇÃO:

- Nome: _____
- Admissão: ____/____/____
- Diagnóstico médico clínico: _____
- Tempo de internação hospitalar: _____
- 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 10. () Hereditariedade _____
18. Doenças pregressas: _____
- _____
19. Medicamentos prescritos: _____
- _____
- _____

2) ANGIOPLASTIA CORONARIANA

1. Data do procedimento: _____ 2. Duração: _____
3. Intercorrências:
1. () Sim 2. () Não
- Quais: _____
- _____
4. Tipo de IAM: _____
5. Artérias ocluídas: _____
6. Artérias que utilizaram *stent*: _____
7. Local de realização do procedimento:
1. () Braquial _____ 2. () Femural _____
8. Presença do introdutor:
1. () Sim 2. () Não
9. Complicações no local de colocação do introdutor:
1. () Não 2. () Sim Qual: _____
10. Classificação de Killip:
1. () Classe 1 2. () Classe 2
12. Alterações eletrocardiográficas: _____
-

3) DOMÍNIO 1: PROMOÇÃO DA SAÚDE

3.1 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. () Solução |
| 2. () Vômito | 5. () Diarréia |
| 3. () Desconforto abdominal | 6. () Outros: _____ |

4) DOMÍNIO 2: NUTRIÇÃO

4.1 CLASSE 1: INGESTÃO

* Anterior

Dieta :

1. () Hipossódica 2. () Hiperossódica 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. () Solução 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: _____

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

4.1 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

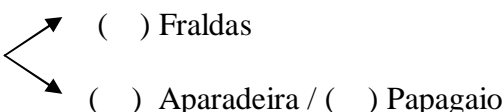
Ingesta de líquidos: _____

Quantidade ingerida/ dia: _____

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

5) DOMÍNIO 3: ELIMINAÇÃO

5.1 CLASSE 1: SISTEMA URINÁRIO

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

2. () SVD Motivo: _____

3. () Cistostomia Motivo: _____

Freqüência 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: _____

5.2 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. () Esteatorréica 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: _____

5.3 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

6) DOMÍNIO 4: ATIVIDADE/REPOUSO

6.1 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: _____ Frequência: _____

* Mudança atual:

1. () Não 2. () Sim Quais: _____

Causas: _____

6.2 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. () Dispnéia 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 – Completamente independente

Higiene corporal () 1 – Requer uso de aparelho ou artefato

Higiene íntima () 2 - Requer ajuda de outra pessoa para auxílio, supervisão ou ensino

Vestir-se () 3 - Requer ajuda de outra pessoa e aparelho ou artefato

Arrumar-se () 4 - Dependente

Mobilidade no leito ()

Mobilidade geral ()

Restrição de movimento 1. () Não

2. () Sim () Presença da bainha () < 6hs de retirada da bainha () Marcapasso

() Arritmia () Sopro () Angina () Palpitações () Uso de cardiopônicos

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: _____

6.3 CLASSE 4: RESPOSTAS CARDIOVASCULARES/PULMONARES

Pressão arterial: _____ mmHg / _____ mmHg (D) _____ mmHg / _____ mmHg (E)

Pressão de pulso: _____ mmHg PAM: _____ mmHg

Pulso: Freqüência: _____ 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
 Ausculta 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 _____

7) DOMÍNIO 5: PERCEPÇÃO/COGNIÇÃO

7.1 CLASSE 2: ORIENTAÇÃO

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

7.2 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 _____

7.3 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: _____

Relacionado à angioplastia coronariana

Sabe que tipo de procedimento realizou: 1. () Sim 2. () Não _____

Se sim, o que entende por angioplastia: _____

E por *stent*: _____

Recebeu orientações sobre o procedimento: 2. () Não 2. () Sim Qual: _____

Sentimentos/percepções acerca do procedimento:

1. Pré-angioplastia () _____

2. () Trans-angioplastia _____

3. () Pós-angioplastia _____

Significado do procedimento em sua vida: _____

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 _____

8) DOMÍNIO 6: AUTOPERCEPÇÃO

8.1 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: _____

8.2 CLASSE 3: IMAGEM CORPORAL

Modificação no corpo relacionados a doença:

1. () Não 2. () Sim Justifique: _____

Satisfação com a aparência, estilo de vida e realizações:

1. () Sim 2. () Não Justifique: _____

9) DOMÍNIO 7: RELACIONAMENTO DE PAPEL

9.1 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: _____

9.2 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? _____

10) DOMÍNIO 8: SEXUALIDADE

10.1 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: _____

11) DOMÍNIO 9: ENFRENTAMENTO/ TOLERÂNCIA AO ESTRESSE

11.1 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 _____

12) DOMÍNIO 10: PRINCÍPIOS DE VIDA

12.1 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 _____

13) DOMÍNIO 11: SEGURANÇA/PROTEÇÃO

13.1 CLASSE 1: INFECÇÃO

Acesso venoso: _____ Permanência _____

Características _____

Outros catéteres: _____

Características _____

Procedimentos invasivos realizados _____

13.2 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
 () 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: _____

13.3 CLASSE 6: TERMORREGULAÇÃO

T: _____ °C

14) DOMÍNIO 12: CONFORTO

14.1 CLASSE 1: CONFORTO FÍSICO

* Anterior

Dor: 1. () Não 2. () Sim Locais: _____
 Frequência: _____ Duração: _____
 Característica: _____
 Fatores desencadeantes: _____
 Fatores de alívio: _____

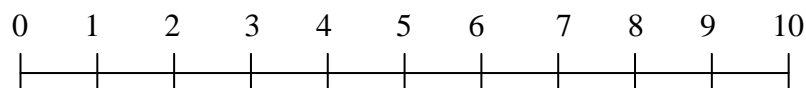
* Atual

Desconforto/ dor:

1. () Nenhum
 2. () Aguda Frequência: _____ 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
1. Uréia		10-50mg/dl
2. Creatinina		0,4-1,3 mg/dl
3. Sódio		135-147 mEq/l
4. Cálcio		1,0-1,3 mEq/dl
5. Potássio		3,5-5,5 mEq/l
6. Hemoglobina		Homens: 13,5 a 18,0 g/dl Mulheres: 11,5 a 16,4 g/dl
7. Hematócrito		Homens: 40,0 a 54,0 % Mulheres: 36,0 a 47,0 %
8. Leucócitos		Adulto: 4.000 a 10.000/ul
9. Plaquetas		130.000 a 400.000/ul (130 – 400x 10e/ul)
10. Glicose		70-110mg/dl
11. CPK		
12. CK-MB		
13. Troponina		

Resultados de exames complementares:

Raio X: _____

Ecocardiograma: _____

Outros: _____

APÊNDICE C

MEDIDAS E AVALIAÇÕES FÍSICAS PARA REALIZAÇÃO DO EXAME FÍSICO

1. Pressão arterial: obtida por meio do aparelho esfigmomanômetro aneróide e estetoscópio. A medida da pressão arterial foi realizada conforme preconiza a IV DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL (2004):
 - Certificou-se se o paciente não estava com a bexiga cheia. Pernas descruzadas e braços na altura do coração;
 - Usou-se manguito de tamanho adequado (bolsa de borracha com largura = 40% e comprimento = 80% da circunferência do braço);
 - Palpou-se o pulso radial e insuflou-se até seu desaparecimento para estimar a Sistólica;
 - Posicionou-se a campânula do estetoscópio sobre a artéria braquial;
 - Inflou-se rapidamente até ultrapassar 20 a 30 mmHg o nível estimado da pressão sistólica. Desinflou-se lentamente;
 - Determinou-se a 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;
3. Frequência respiratória: contada com o paciente na posição supina, colocou-se a mão diretamente no abdome do paciente e contou-se o número de respirações durante 1 minuto, sem que o paciente percebesse;
4. Ritmo, amplitude e ausculta dos ruídos respiratórios: analisados com o paciente em posição supina, avaliando por 1 minuto os movimentos respiratórios e, depois, foi feito a ausculta pulmonar em região torácica anterior e lateral, utilizando o estetoscópio;
5. Ausculta cardíaca: feita com o paciente em posição sentada ou deitada, utilizando o estetoscópio;
6. Pulso arterial: foi verificado com o paciente deitado ou sentado. Colocou-se as polpas digitais do indicador e médio sobre a artéria, comprimiu-se suavemente para que o pulso tornasse palpável. Após o pulso ser sentido, iniciou-se a contagem durante um minuto;
7. Peso e altura: foram obtidos através de dados contidos no prontuário, tendo em vista que, rotineiramente, o paciente da clínica é pesado no período da manhã e que é mensurada a altura no momento da admissão;
8. Intensidade da dor: foi avaliada através da Escala Numérica Visual (ENV), criada por Carvalho (2005). O paciente foi orientado quanto ao uso da escala e explicado que a mesma encontra-se graduada de zero a dez, sendo o zero indicativo de ausência de dor, e o dez indicativo da pior dor imaginável. A escala estava presente no roteiro de entrevista;
9. Avaliação da turgência jugular: o paciente foi colocado em posição semi-sentada formando um ângulo de 45° entre o dorso e o leito. Inspeccionou-se cada lado do pescoço com a cabeça do paciente ligeiramente voltada para o lado oposto;
10. Circunferência do braço: foi mensurada com o paciente sentado ou deitado com o braço esticado ao longo do corpo. A fita métrica foi passada em torno do braço, no ponto médio entre o acrômio e o processo oleocraniano;

11. Circunferência da cintura: foi medida na menor circunferência abaixo da caixa torácica e acima do umbigo;
12. Circunferência do quadril: foi medida na maior circunferência das nádegas;

Os valores dos sinais vitais (temperatura, frequências respiratória e cardíaca) considerados variações normais para adultos foram: Temperatura axilar: 36,5°C; Pulso: 60 a 100 batimentos/minuto; Respiração: 12 a 20 respirações/minutos (POTTER; PERRY, 1998).

A pressão arterial foi considerada segundo os valores estabelecidos no quadro abaixo.

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 (moderado)	160-179	100-109
Hipertensão Estagio 3 (grave)	>180	>110

Fonte: DIRETRIZES brasileiras de hipertensão arterial, 4., 2004.

ANEXO

ANEXO A- Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa