

## Diagnósticos de Enfermagem em pacientes pós-cateterismo cardíaco - contribuição de Orem

*Nursing Diagnoses in patients after heart catheterization - contribution of Orem*

*Diagnósticos de Enfermería en pacientes post-cateterismo cardíaco - contribución de Orem*

**Luciano Ramos de Lima**

Enfermeiro. Pós-graduando em UTI da Escola de Enfermagem da UFMG.  
[ramosll@globo.com](mailto:ramosll@globo.com)

**Sandra Valéria Martins Pereira**

Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Diretora do Curso de Enfermagem do Centro Universitário da Associação Educativa Evangélica de Anápolis-GO.  
[sandrava@brturbo.com.br](mailto:sandrava@brturbo.com.br)

**Endereço para Correspondência:**

Av Pérola Lote 06 Quadra 09.  
Jardim Ana Paula. Anápolis – GO.  
CEP 75120 550.

**Tânia Couto Machado Chianca**

Enfermeira. Professora Pós-Doutora do Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da UFMG.

### RESUMO

Estudo de múltiplos casos, transversal, envolvendo 30 clientes, no período pós-cateterismo cardíaco. Objetivou estabelecer Diagnósticos de Enfermagem da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). O método de coleta de dados foi o Processo de Enfermagem fundamentado na Teoria Déficit do Autocuidado. Foram estabelecidos 25 diferentes Diagnósticos de Enfermagem. Todos os pacientes apresentaram Integridade tissular prejudicada; Risco para infecção; Dor aguda (região inguinal); Mobilidade física prejudicada, Déficit do autocuidado para higiene íntima e Risco para lesão orgânica renal. Conclui-se que a Teoria do Déficit de autocuidado facilitou a classificação de Diagnósticos de Enfermagem da NANDA, contribuindo para individualização, humanização e qualificação da assistência de enfermagem, além de promover o auto-conhecimento, auto-controle e a participação dos clientes no próprio cuidado.

**Descritores:** Cateterismo cardíaco; Autocuidado; Diagnóstico de enfermagem.

### ABSTRACT

Sectional study of multiple cases involving 30 patients after heart catheterization aiming to establish the nursing diagnoses according to the North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). The method of data collection was the Nursing Process based on the Self-care Deficit Theory. Twenty-five different nursing diagnoses had been established. All patients presented Impaired tissue integrity, Risk of infection, Pain incisive in the area inguinal, Injured physical mobility, Self-care deficit related to personal hygiene, and Risk of organic renal lesion. It has been concluded that the Self-care Deficit theory allowed the classification of all nursing diagnoses according to NANDA. It contributed to the nursing assistance individualization, humanization, and qualification. Beyond advance self-knowledge, self-control and patient participation on his/her self-car.

**Descriptors:** Heart catheterization; Self-care, Nursing diagnosis.

### RESUMEN

Estudio transversal de múltiplos casos, incluyendo 30 pacientes, en período post-cateterismo cardíaco. Con el objetivo de establecer Diagnósticos de Enfermería de North American Nursing Diagnosis Association (NANDA-Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería). El método de recolecta de datos fue el Proceso de Enfermería, fundamentado en la Teoría de Déficit del Autocuidado de Dorothea Orem. Fueron establecidos 25 diferentes Diagnósticos de Enfermería. Todos los pacientes presentaron perfusión tisular perjudicada; Riesgo para infección; Dolor aguda en la región ingle, Movilidad física perjudicada. Déficit de autocuidado para higiene íntima y riesgo para lesión orgánica renal fue identificado en 100% de los pacientes. Se concluye que, la Teoría de Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, facilitó la clasificación de Diagnósticos de Enfermería de NANDA. Contribuyó para individualización, humanización y calificación de la asistencia de enfermería, incentivando la participación del paciente en el propio cuidado, en las cuestiones de autoconocimiento y autocontrol de la salud.

**Descriptores:** Cateterismo cardíaco; Autocuidado; Diagnóstico de enfermería.

Lima LR, Pereira SVM, Chianca TCM. Diagnósticos de Enfermagem em pacientes pós-cateterismo cardíaco - contribuição de Orem. Rev Bras Enferm 2006 maio-jun; 59(3):285-90.

## 1. INTRODUÇÃO

As cardiopatias são patologias crônico-degenerativas, de alta incidência no Brasil e no mundo, que podem acometer seres humanos de qualquer faixa etária.

Atualmente no Brasil, a taxa de mortalidade em decorrência das doenças infecciosas diminuiu, sendo que cerca de 32% dos óbitos registrados em todas as regiões do país são atribuídos às patologias cardiovasculares<sup>(1)</sup>.

A revascularização do miocárdio tem sido indicada nas coronariopatias de isquemia acentuada.

Submissão: 09/09/2005

Aprovação: 10/01/2006

Porém, essa cirurgia deve ser precedida por uma avaliação diagnóstica criteriosa, que consiste na base para tomada de decisão terapêutica coerente a cada caso.

Nesse caso, atualmente o exame mais indicado é o cateterismo cardíaco, que embora eleito como um método diagnóstico e terapêutico eficaz, apresenta potencialmente risco de algumas complicações tais como: o hematoma no local da punção, traumatismo decorrente da cateterização, formação de coágulo, vasoespasmos e infarto agudo do miocárdio<sup>(2)</sup>.

É notório que praticamente todos os clientes no período pré-cateterismo, por serem candidatos em potencial à cirurgia cardíaca, geralmente apresentam apreensão tanto em relação à complexidade e risco do procedimento, quanto à expectativa do resultado. Assim, a espera pela indicação ou não de cirurgia cardíaca acaba constituindo uma ameaça, que determina o quadro de ansiedade, característico nesses casos.

As ações cuidativas de enfermagem nos períodos pré, trans e pós-exame, no preparo do ambiente e do material para a realização do procedimento, no monitoramento do status de saúde, bem como no cuidado direto do cliente, são indispensáveis principalmente nas primeiras 6 a 12 horas pós-exame, ocasião em que o cliente está em repouso restrito ao leito devido à punção da artéria femoral<sup>(2)</sup> e por isso deve ser orientado e apoiado de acordo com suas demandas e de seus familiares ou acompanhantes.

O enfermeiro como profissional da equipe multidisciplinar de saúde e líder da equipe de enfermagem, deve desenvolver maneiras seguras e eficazes de cuidar. Assim, a prática de formas sistematizadas de cuidar melhoram a qualidade da assistência, bem como contribuem para o reconhecimento da importância das ações de enfermagem em qualquer nível de assistência à saúde.

Nesse contexto, o Processo de Enfermagem (PE) é a metodologia científica da assistência de enfermagem, sendo reconhecido pela Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) como um instrumento importante para nortear cuidado de enfermagem<sup>(3-5)</sup>.

O PE é constituído por cinco fases interrelacionadas: *assessment*, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação, o que permite clarificar, avaliar e registrar o cuidado individualizado ao cliente, bem como estabelecer *feed back* dos resultados das ações e otimização da assistência de enfermagem<sup>(6,7)</sup>.

Na prática, o PE sofre influências da concepção de cuidar escolhida pelo enfermeiro, sendo que as diferentes teorias e modelos conceituais propiciam diversas abordagens e formas de cuidar<sup>(7)</sup>.

Acreditamos que a Teoria do déficit do autocuidado, por estar essencialmente apoiada na premissa de que todas as pessoas possuem potencial em diferentes graus, para cuidar de si mesmas e das pessoas pelas quais se tornam responsáveis<sup>(8,9)</sup>, possui subsídios ao cuidado do cardiopata submetido ou na eminência de se submeter ao cateterismo cardíaco, que clinicamente apresenta sinais e sintomas de deficiência na oxigenação tissular, o que causa intolerância a atividade, comprometendo a produtividade em diferentes graus e, por conseguinte o seu desempenho de papel familiar e social.

De acordo com o perfil do cliente acometido por isquemia do miocárdio, o estabelecimento de maneiras de cuidar capazes de promover o potencial de auto-conhecimento, auto-governo e autocuidado, certamente constitui um diferencial na promoção de sua adaptação à nova condição de vida de tais clientes.

Desde a década de 80, a enfermagem está engajada no movimento para padronização de linguagens específicas para disciplina. Assim, para consolidação do julgamento clínico de enfermagem tornou-se imperativa a organização de uma nomenclatura que descrevesse os problemas do paciente a serem solucionados pela enfermagem<sup>(10)</sup>. Nessa perspectiva, foram desenvolvidas algumas taxonomias de diagnósticos de enfermagem, as quais constituem expressões concretas da classificação desse tipo de problemas.

A Classificação dos diagnósticos de enfermagem da *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)* é aceita pela *American Nursing Association (ANA)* como a classificação oficial de diagnósticos, bem como reconhecida por muitos autores e pesquisadores como ponto de partida para elaboração de planos de cuidados coerentes às reais necessidades do cliente<sup>(4,5,11)</sup>.

Segundo a *North American Nursing Diagnosis Association* um Diagnóstico de Enfermagem constitui: "um julgamento sobre as respostas do indivíduo, família ou da comunidade aos problemas de saúde e processos vitais. Um diagnóstico de enfermagem proporciona base para a seleção de intervenções de enfermagem para atingir resultados pelos quais a enfermeira é responsável"<sup>(12)</sup>.

A base para tomada de decisões da enfermagem é o julgamento clínico, que consiste em um processo mental norteado pelos princípios da ciência e determinado pelo conhecimento, experiência, percepção e intuição do enfermeiro que procura fazer julgamentos com bases em evidências, o qual leva ao diagnóstico de enfermagem<sup>(9)</sup>.

Alguns pesquisadores comprovaram a coerência da aplicabilidade da Teoria do déficit de autocuidado juntamente com os diagnósticos de enfermagem da NANDA, sendo que tais modelos conceituais foram aplicados com êxito na prática de enfermagem em diferentes especialidades<sup>(13,14)</sup> - no cuidado a mulheres hipertensas em tratamento ambulatorial<sup>(15)</sup>; na identificação de diagnósticos de enfermagem em idosos hipertensos<sup>(16)</sup>; em portador de epilepsia<sup>(17)</sup>; planejamento na alta hospitalar de pacientes submetidos ao transplante de medula óssea<sup>(18)</sup>; em gestantes de baixo risco<sup>(13)</sup>; em adolescentes grávidas<sup>(19)</sup> e pacientes submetidos ao cateterismo cardíaco<sup>(20)</sup>.

Nesse sentido, o objetivo desse estudo foi determinar os diagnósticos de enfermagem da taxonomia II da NANDA em clientes submetidos ao cateterismo cardíaco, nas primeiras seis horas após o exame, a partir de julgamento clínico de enfermagem fundamentado na Teoria do Déficit de autocuidado, bem como avaliar se essa modalidade de julgamento clínico facilita a identificação dos referidos Diagnósticos de Enfermagem.

## 2. PERCURSO METODOLÓGICO

### 2.1 Tipo do estudo

Estudo de abordagem qualitativa, tipo estudo de caso<sup>(21)</sup> fundamentado na Teoria do déficit do autocuidado<sup>(9)</sup>.

### 2.2 Aspectos éticos da pesquisa

Os sujeitos foram abordados após o consentimento informado de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/96<sup>(22)</sup>, sendo que a coleta de dados iniciou após autorização do Comitê de Ética em Pesquisa Humana da Universidade Federal de Goiás.

### 2.3 Amostra

Foram selecionados 30 sujeitos submetidos ao cateterismo cardíaco em um hospital geral do município de Anápolis-GO, no período correspondente às seis primeiras horas pós-exame.

### 2.4 Coleta de dados e instrumento

A técnica utilizada para coleta de dados foi o PE, fundamentado em Orem<sup>(9)</sup>, que foi operacionalizado mediante um instrumento de coleta de dados semi-estruturado e baseado nos requisitos de autocuidado universais de Orem, que abrangeu as duas primeiras etapas do PE - *assessment* e diagnóstico.

No âmbito do Processo de Enfermagem, o sentido conotativo da palavra *assessment* implica na ampla coleta, interpretação e validação de dados, com vistas no estabelecimento de diagnóstico fidedigno<sup>(23)</sup>.

### 2.5 Análise dos dados

Os problemas de enfermagem identificados foram classificados segundo a taxonomia II da NANDA<sup>(24)</sup>. Os dados foram analisados em seu conteúdo conforme Minayo<sup>(25)</sup>.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### 3.1 Perfil da amostra

Amostra composta por 53% de homens e 47% de mulheres, na faixa etária entre 31 e 83 anos, dos quais 30% tinham entre 51 e 60 anos. É interessante que esses dados estão de acordo com a divulgação do sistema de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS), de que a partir de 2000, as patologias do aparelho circulatório têm sido alvo de preocupação devido a alta prevalência entre as doenças crônico-degenerativas, mostrando maior incidência nos homens (54%) do que nas mulheres (38%)<sup>(26)</sup>.

No presente estudo as patologias determinantes na indicação do cateterismo cardíaco nos sujeitos foram: insuficiência coronariana (51%), seguida pela angina pectoris (13%), angina instável (24%), lesão mitral (3%), lesão aórtica (3%), estenose aórtica (3%) e infarto agudo do miocárdio (3%).

#### 3.2 Perfil de Diagnósticos de Enfermagem

O julgamento clínico dos problemas reais e potenciais dos clientes a partir da Teoria do déficit do autocuidado<sup>(9)</sup> nos conduziu ao estabelecimento de 24 diferentes diagnósticos de enfermagem, que estão dispostos segundo sua frequência na Tabela 1.

Observamos também nítidas relações entre as partes (título diagnóstico, fatores etiológicos e características definidoras) dos diferentes diagnósticos de enfermagem. Dessa forma, para o melhor entendimento do refinado julgamento clínico que envolve esse processo, consideramos essencial a apresentação das declarações diagnósticas referentes aos problemas identificados nos sujeitos desta pesquisa.

##### 3.2.1 Declarações diagnósticas de acordo com a taxonomia II da NANDA

**Integridade tissular prejudicada** relacionada a fator mecânico (introdução do cateter na artéria femoral durante o cateterismo cardíaco) evidenciada por lesão na região inguinal.

**Risco para infecção** relacionado com a realização de procedimento invasivo (punção arterial).

**Dor aguda (região inguinal)** relacionada ao cateterismo cardíaco evidenciada pelo relato de dor no local da punção arterial.

**Mobilidade física prejudicada** relacionada à punção da artéria femoral, dor, risco de hemorragia e prescrição de repouso restrito ao leito nas primeiras seis horas após o exame evidenciada pela capacidade limitada para se movimentar.

**Déficit no autocuidado para higiene íntima** relacionado com capacidade de transferência prejudicada secundária ao cateterismo cardíaco evidenciado pela incapacidade do cliente para se deslocar até ao vaso sanitário.

O cateterismo é um procedimento terapêutico invasivo, que devido à introdução de um cateter por punção da artéria femoral ou dissecação da artéria braquial implica em dor, limitação da mobilidade física e instalação de déficit do autocuidado, que consistem em problemas característicos ao cliente no período pós-exame<sup>(11,27-29)</sup>.

Dessa forma, consideramos que há nítida relação entre este conjunto de diagnósticos de enfermagem presentes em todos os sujeitos (30) devido à introdução do cateter para realização do exame.

**Eliminação urinária prejudicada** relacionada a fatores emocionais e imobilidade física secundária ao cateterismo cardíaco evidenciado por retenção urinária.

Apenas um sujeito apresentou eliminação urinária prejudicada.

**Conhecimento deficiente** sobre o cateterismo cardíaco e sobre o autocuidado após alta hospitalar relacionado à falta de suporte e exposição a informações adequadas evidenciado pela verbalização da falta de conhecimento.

Todos os sujeitos (30) demonstraram déficit de conhecimento em diferentes graus sobre o exame, procedimentos relativos ao autocuidado no domicílio, sinais e sintomas de complicações tardias pós-exame e data do retorno médico, sendo que 11 deles nunca tinham se submetido ao cateterismo cardíaco e os outros apesar da experiência anterior demonstraram pouco conhecimento.

**Risco para lesão** (renal) relacionado com exposição do organismo a substância química (contraste diatrizoato de meglumina ou diatrizoato de sódio), durante o cateterismo cardíaco.

De acordo com as informações do fabricante, o contraste pode levar 23% dos clientes a nefrose osmótica das células tubulares proximais. Além disso a dor e a insuficiência renal podem estar presentes em cerca de 1% das pessoas<sup>(30)</sup>.

Nesse sentido, consideramos que todos os sujeitos estavam expostos a esse risco, o que foi agravado pela falta de conhecimento demonstrada pela maioria deles (28) sobre a importância de ingerir líquidos para facilitar a excreção do contraste.

Nas primeiras oito horas após o cateterismo cardíaco torna-se indispensável a ingestão no mínimo de 250 ml de líquidos por hora, pelo cliente, com vistas a favorecer a excreção do contraste e reduzir a viscosidade do sangue<sup>(29)</sup>.

Tabela 1. Perfil de Diagnósticos de Enfermagem em clientes pós- cateterismo cardíaco. Anápolis. 2004

Diagnósticos de Enfermagem	f	%
Integridade tissular prejudicada	30	100,00
Risco para infecção	30	100,00
Mobilidade física prejudicada	30	100,00
Dor aguda (região inguinal)	30	100,00
Déficit no autocuidado para higiene íntima	30	100,00
Controle ineficaz do regime terapêutico	30	100,00
Risco para lesão orgânica renal	30	100,00
Risco para lesão química	30	100,00
Conhecimento deficiente sobre o cateterismo cardíaco e autocuidado após a alta hospitalar	30	100,00
Comportamento de busca de saúde percebido	24	80,00
Padrão de sono perturbado	11	36,63
Ansiedade	11	36,63
Baixa auto-estima situacional	6	20,00
Manutenção do lar prejudicada	6	20,00
Dor aguda (cabeça)	6	20,00
Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais	6	20,00
Medo	3	10,00
Perfusão tissular ineficaz periférica	3	10,00
Risco para débito cardíaco diminuído	2	6,66
Percepção sensorial auditiva perturbada	2	6,66
Desesperança	1	3,33
Integridade da pele prejudicada	1	3,33
Eliminação urinária prejudicada	1	3,33
Dor aguda (flancos)	1	3,33
Risco para solidão	1	3,33

**Controle ineficaz do regime terapêutico** relacionado com conhecimento deficiente evidenciado por verbalização de não agir para a redução de fatores de riscos da doença e suas seqüelas, dieta não adequada e excesso de esforço físico diário e não cumprimento do aprazamento das consultas médicas.

No que diz respeito ao autocuidado preventivo das potenciais complicações associadas às cardiopatias, todos os sujeitos demonstraram diferentes graus de controle ineficaz do regime terapêutico, associado a diferentes tipos de comportamento:

- oito sujeitos não mudaram o hábito alimentar associado ao déficit de conhecimento e cuidados familiares inadequados;
- quatro não realizavam nenhum tipo de exercício físico associado a barreiras em relação ao tempo e a intolerância à atividade;
- oito eram tabagistas e continuaram fumando devido a conflitos de decisão relacionados com vontade imperativa de fumar (vício);
- três não seguiam a terapia medicamentosa devido à complexidade do tratamento e déficit financeiro, e
- sete relataram não cumprir o aprazamento das consultas médicas devido à dificuldades para se deslocarem até ao hospital para consultas médicas.

O diagnóstico de enfermagem de controle ineficaz do regime terapêutico é comum quando pessoas e/ou famílias acometidas por problemas de saúde agudos ou crônicos enfrentam programas de tratamento que exigem mudanças no estilo de vida e nos comportamentos que influenciam no resultado de saúde<sup>(2,29)</sup>.

**Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais** relacionada à ingestão excessiva de nutrientes acima das necessidades metabólicas evidenciado pelo excesso de peso.

Este diagnóstico foi identificado em seis sujeitos.

Observamos que o controle ineficaz do regime terapêutico desencadeou o risco para lesão química em todos (30) sujeitos.

**Risco para lesão química** relacionada à exposição à cafeína, nicotina e bebida alcoólica, faixa etária média de 63 anos, tipos de dieta (hiperlipídica, hipercalórica e hiperssódica) e propensão a doenças crônico-degenerativas.

Os fatores de risco prevalentes nas patologias do coração são hipertensão arterial, tabagismo, altos níveis de colesterol, obesidade e diabetes melitus<sup>(2,29)</sup>.

Além disso, a nutrição desequilibrada para mais do que as necessidades corporais é comum em cardiopatas com hipertensão arterial severa<sup>(11,29)</sup>.

**Ansiedade** relacionada à ameaça de mudança no estado de saúde (necessidade ou não de cirurgia cardíaca) evidenciada por relato de sensação de angústia e preocupação e expectativa quanto ao resultado do cateterismo cardíaco.

**Medo** relacionado aos riscos da cirurgia cardíaca evidenciado por verbalização.

A ansiedade estava presente em 11 sujeitos, sendo que três deles demonstraram o foco da preocupação, queixando medo da cirurgia cardíaca.

A expectativa pelos resultados do cateterismo cardíaco geralmente causa aumento no nível de ansiedade, que pode estar acompanhada de medo quanto à possibilidade de cirurgia cardíaca. A ansiedade é característica em portadores de angina pectoris e IAM<sup>(11,29)</sup>.

**Padrão do sono perturbado** relacionado à ansiedade e problemas de origem familiar evidenciado por queixas verbais de dificuldades para adormecer.

Onze sujeitos relataram o padrão do sono perturbado, que de acordo com alguns autores é comum em clientes portadores de angina pectoris e insuficiência cardíaca congestiva, geralmente relacionado com dor precordial e ortopnéia<sup>(11,29)</sup>.

**Dor aguda (na cabeça)** relacionado com agentes lesivos químicos

e psicológicos evidenciado por queixas.

Seis sujeitos apresentaram dor de cabeça.

**Perfusão tissular ineficaz (periférica)** evidenciado por palidez da pele relacionada à perfusão sanguínea reduzida secundária ao cateterismo cardíaco.

Três sujeitos apresentaram perfusão tissular ineficaz no membro inferior.

De acordo com alguns autores a circulação do membro cateterizado pode ser comprometida, por isso, o pulso, a perfusão periférica e a temperatura devem ser monitorados em busca de sinais de complicações circulatórias<sup>(28,29)</sup>.

Os sujeitos mostravam também problemas nos domínios de enfrentamento ao estresse, relacionamento de papéis e auto-percepção.

**Manutenção do lar prejudicada** relacionada às limitações impostas pela cardiopatia devido ao desequilíbrio entre a oferta e demanda de oxigênio evidenciada por verbalização dos clientes sobre a dificuldade para manter o papel familiar.

**Baixa auto-estima situacional** relacionada ao prejuízo funcional e mudança no papel social evidenciada por verbalização de depressão devido à deterioração física.

Seis clientes demonstraram baixa auto-estima situacional e manutenção do lar prejudicada.

A intolerância a atividade característica dos cardiopatas impõe mudanças bruscas no estilo de vida, que na maioria das vezes afeta o papel familiar e social<sup>(11)</sup>.

**Desesperança** relacionada com deterioração secundária à cardiopatia evidenciada por verbalização de falta de esperança quanto ao futuro.

**Risco para solidão** relacionado com a privação afetiva (ausência de familiares no período pós-exame).

Apenas um sujeito apresentou risco para solidão e desesperança.

Evidenciamos alguns diagnósticos de enfermagem não estavam diretamente associados ao cateterismo cardíaco: risco para débito cardíaco diminuído, integridade da pele prejudicada, dor aguda nos flancos e percepção sensorial auditiva perturbada.

**Risco para débito cardíaco diminuído** relacionado a volume de ejeção alterada, ritmo e frequência cardíaca alterados e alterações no ECG secundário a Infarto Agudo do Miocárdio (IAM).

Dois sujeitos tinham história pregressa de IAM.

O IAM predispõe ao débito cardíaco diminuído devido ao comprometimento do sistema de bomba do coração relacionado a diferentes graus de isquemia e/ou necrose do miocárdio<sup>(11,29,31)</sup>.

**Integridade da pele prejudicada** relacionada à agressão física (calor) secundária a uma cardioversão durante o exame evidenciado pela lesão no tórax.

Um sujeito apresentou uma parada cardio-respiratória durante o exame e foi submetido a uma cardioversão, o que causou queimaduras no tórax.

**Dor aguda nos flancos** relacionada à doença renal evidenciada por verbalização do problema e queixas.

Apenas um sujeito apresentou dor aguda nos flancos.

**Percepção sensorial auditiva perturbada** relacionada à percepção auditiva diminuída evidenciada por padrões de comunicação alterados.

Dois clientes relataram e demonstraram dificuldade para escutar.

Apesar da falta de conhecimento, déficit no autocuidado e controle inadequado do tratamento, a maioria dos sujeitos demonstrou preocupação em melhorar o nível de saúde e predisposição para serem orientados e aderirem ao tratamento, o que classificamos como um diagnóstico de bem-estar.

**Comportamento de busca de saúde percebido** relacionado ao desejo de controlar a doença e melhorar o nível de saúde evidenciado por preocupação em adquirir conhecimentos sobre autocuidado e aderir ao programa de tratamento.

Esse diagnóstico foi apresentado por 24 sujeitos, que demonstraram atitudes de busca ativa para controle da saúde.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do perfil diagnóstico de enfermagem apresentado pelos clientes podemos observar a congruência entre os conceitos centrais da Teoria do déficit do autocuidado, títulos diagnósticos e domínios da taxonomia II da NANDA. Dessa forma, consideramos que o julgamento clínico baseado no referencial de Dorothea Orem facilita a identificação dos diagnósticos de enfermagem da NANDA.

Além disso, encontramos diferentes protocolos de cuidado adequados a solução dos diagnósticos de enfermagem identificados ao longo deste estudo.

Nesse sentido, podemos estabelecer metas e prescrições de enfermagem para pacientes nas seis primeiras horas pós-cateterismo cardíaco:

- minimizará os riscos de lesão renal a partir da primeira hora pós-exame, por meio de orientação e estímulo para ingestão hídrica com a finalidade de eliminar o contraste;
- diminuirá os níveis de ansiedade e o medo da cirurgia cardíaca, a partir de orientação sobre a indicação e o prognóstico desse tratamento;
- obterá ajuda para o autocuidado de higiene íntima, a partir de medidas de suporte durante eliminações;
- diminuirá a dor e alcançará conforto no período pós-exame (intra-hospitalar e após a alta), por meio do estabelecimento

de posicionamento terapêutico e administração da medicação prescrita;

- restituirá a integridade dos tecidos no local da punção arterial gradualmente até nos próximos 5-7 dias, por meio de curativo compressivo nas primeiras 24 horas e aberto a partir do segundo dia.
- minimizará riscos de hemorragia, hematoma e perfusão ineficaz no membro cateterizado, pela monitoração do pulso, enchimento capilar e temperatura;
- restituirá o padrão de sono eficaz gradualmente após a alta hospitalar;
- minimizará os riscos de lesão química por tabaco e colesterol gradualmente após a alta, por meio de orientação, esclarecimento e apoio no estabelecimento de um plano de autocuidado com alimentação, controle médico, terapia medicamentosa e atividade física controlada e regular, e
- restituirá a auto-estima e a esperança gradualmente, a partir de apoio emocional e estímulo para adaptação aos limites impostos pela cardiopatia e enfrentamento do novo papel social.

A operacionalização do *assessment* fundamentado nos conceitos do referencial teórico de Orem e no modelo taxonômico da NANDA estimula a participação do cliente no tratamento, provém subsídios para elaboração de um plano de cuidados individualizado e estabelece o *feed-back* das ações cuidativas de enfermagem. Além disso, o processo de enfermagem fundamentado no autocuidado poderá nortear o cuidado a clientes de outras especialidades constituindo um instrumento de autonomia do enfermeiro.

#### REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Anuário estatístico de saúde do Brasil 2001. [citado em: 2 nov 2003]. Disponível em: URL: <http://portal.saude.gov.br/saude/aplicacoes/anuario2001/index>
2. Swearingen PL, Howard CA. Atlas fotográfico de procedimentos de enfermagem. Tradução de Isabel Barduchi Ohl. 3ª ed. São Paulo (SP): Artmed; 2002.
3. Christensen JP. Assessment overview of data collection. In: Christensen JP, Kenney-Griffith JW. Nursing process - application of theories, frameworks, and models. 2ª ed. Saint Louis (GE): Mosby; 1986.
4. Alfaro-Lefre R. Aplicação do processo de enfermagem - promoção do cuidado colaborativo. Tradução de Regina Garcez. 5ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2005.
5. Pan American Health Organization. Building standard-based nursing information systems. Washington (USA): PAHO; 2001.
6. Paul C, Reeyes JS. Visão geral do processo de Enfermagem. In: Georges JB, et al. Teorias da Enfermagem: os fundamentos à prática profissional. Tradução de Ana Maria Vasconcelos Thorell. Porto Alegre (RS): Artes Médicas do Sul; 2000. p. 21-32.
7. Carvalho EC, Garcia TR. Processo de enfermagem: o raciocínio e julgamento clínico no estabelecimento do diagnóstico de enfermagem In: Anais do 3º Fórum Mineiro de Enfermagem Uberlândia (MG). Brasil. Uberlândia (MG): UFU; 2002. p. 29-40.
8. Orem ED. Modelo de Orem - conceptos de enfermería en la práctica. Tradução de Maria T. L. Rodrigo. Barcelona (ESP): Masson Itália; 1993.
9. Orem ED. Nursing Concepts of Practice. 6ª ed. Saint Louis (GE): Mosby; 2001.
10. Johnson M, Maas M, Moorhead S. Classificação dos resultados de enfermagem (NOC). Tradução de Regina Garcez. Rio de Janeiro (RJ): Artmed; 2004.
11. Carpenito LJ. Planos de cuidados de enfermagem e documentação: diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos. Tradução Ana Maria Vasconcelos Thorell. 2ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 1999.
12. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e classificação - 1999/2000. Tradução de Jeanne L. M. Michael. Porto Alegre (RS): Artes Médicas do Sul; 2000.
13. Pereira SVM. Análise da implementação de uma abordagem de cuidar de enfermagem junto à mulher no ciclo gravídico-puerperal: uma aproximação do modelo de Orem, sistemas de classificação da prática de enfermagem e as diretrizes de humanização do parto [dissertação]. Goiânia (GO): Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás; 2004.
14. Souza MF. As teorias de enfermagem e sua influência nos processos cuidativos. In: Ciancirulo TI, et al. Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. São Paulo (SP): Ícone; 2001.
15. Cade NVA. A teoria do déficit de autocuidado de Orem aplicada em hipertensas. Rev Latino-am Enfermagem 2001 maio; 9(3): 43-50.
16. Pessoa J. Autocuidado na utilização de medicamentos cardiovasculares: proposta educativa de enfermagem [dissertação]. João Pessoa (PB): Universidade Federal da Paraíba; 1996.
17. Duarte MC, Acioly CMC, Pereira WSB, Perez VLAB. Diagnóstico de enfermagem em paciente epiléptica embasado na teoria do autocuidado: estudo de caso. Nursing 2000 junho; 25(3): 30-4.
18. Silva LMG. Breve reflexão sobre o autocuidado no planejamento da alta hospitalar pós-transplante de medula óssea (TMO): relato de caso. Rev Latino-am Enfermagem 2001; 9(4): 75-82.
19. Torres GV, Davim RMB, Nóbrega MML. Aplicação do processo de enfermagem baseado na teoria de OREM: estudo de caso com uma adolescente grávida. Rev Latino-am Enfermagem 1999 abril; 7(2): 47-53.
20. Lima LR, Pereira SVM, Stival MM. Assessment e processo diagnóstico de enfermagem fundamentado na teoria do déficit de autocuidado de Dorothea Orem - aplicabilidade em pacientes submetidos ao

- cateterismo cardíaco. In: Livro-Temas do 56º Congresso Brasileiro de Enfermagem. [e-book]; 2004 Out [citado em 05 mar 2005]; Gramado (RS), Brasil. Brasília (DF): ABEn, 2005. p.24-29. Disponível em: URL: <http://bstorm.com.br/enfermagem>
21. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos da pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. Tradução de Anna Thorell. 5ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2004.
  22. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. 1996. Resolução no. 196/1996. Normas de pesquisa envolvendo seres humanos. [online]. [citado em: 10 jan 2005]. Disponível em: URL: <http://Conselho.saude.gov.br>
  23. Carpenito LJ. Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica. Tradução Ana Maria Vasconcellos Thorell. 6ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 1997.
  24. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2001-2002. Tradução de Jeanne Liliene Marlene Michel. Porto Alegre (RS): Artmed; 2002.
  25. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde. 2ª ed. São Paulo (SP): Hucitec-Abrasco; 1993.
  26. Ministério da Saúde. DATASUS. Incidência de taxa de mortalidade específica por doença do aparelho circulatório no ano de 2000. [citado em: 7 maio 2004]. Disponível em: URL: <http://www.datasus.gov.br>
  27. Cintra EA, Nishide VM, Nunes WA. Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo. São Paulo (SP): Atheneu; 2000.
  28. Bare BG, Smeltzer SC. Brunner & Sudarth - Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 9ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara-Koogan, 2002.
  29. Doenges ME, Moorhouse MF, Geissler AC. Planos de cuidado de enfermagem: orientações para o cuidado individualizado do paciente. 5ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara-Koogan; 2003.
  30. Schering. Hyapaque: ampola. Farmacêutico responsável L. Mazieri Netto. Rio de Janeiro (RJ): Schering; 2004. Bula de remédio.
  31. Nettina SM. Prática de enfermagem. Tradução de José Eduardo Ferreira de Figueiredo. 7ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara-Koogan; 2003.
-