

*Gilmara Holanda da Cunha¹
Ane Kelly Lima Ramalho²
Alyne Mara Maia Cruz³
Maria Amanda Correia Lima⁴
Katia Barbosa Franco⁵
Reângela Cintia Rodrigues de Oliveira Lima⁶*

Diagnósticos de enfermagem segundo a teoria do autocuidado em pacientes com infarto do miocárdio

RESUMO

Objetivo: identificar os diagnósticos de enfermagem em pessoas com infarto do miocárdio em emergência hospitalar, segundo a teoria do autocuidado de Orem. **Materiales y método:** estudo transversal, realizado de fevereiro a agosto de 2016, com 50 pacientes infartados e que estavam em condições de participar da pesquisa. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista, utilizando-se um formulário segundo a teoria do autocuidado, e foram formulados diagnósticos de enfermagem com base na Taxonomia da NANDA-I. **Resultados:** a maioria dos pacientes era mulheres (54%), na faixa etária de 60 a 69 anos (34%), renda familiar de um a dois salários mínimos (88%), com ensino fundamental (70%) e aposentados (76%). Houve alta frequência de hipertensão arterial (62%), inatividade física (76%) e tabagismo (70%). O teste rápido para troponina foi positivo em 16 pessoas (32%). Muitos infartados apresentavam déficits de autocuidado que apontaram 10 diagnósticos de enfermagem, destacando-se o estilo de vida sedentário (80%), mobilidade física prejudicada (76%) e risco de intolerância à atividade (76%). Comportamentos de saúde propenso a risco e autonegligência tiveram relação com três requisitos de autocuidado. **Conclusão:** os pacientes necessitavam de assistência em saúde quanto às mudanças no estilo de vida, medidas de conforto e realização de atividade e repouso.

PALAVRAS-CHAVE

Enfermagem; diagnóstico de enfermagem; autocuidado; Teoria de Enfermagem; infarto do miocárdio (Fonte: DeCS, MeSH).

Temática: cuidado crônico

Contribuição à disciplina: o artigo contribui na assistência de enfermagem à pessoa com infarto do miocárdio, para que o cuidado seja realizado de forma efetiva, para a estabilização clínica em tempo hábil.

DOI: 10.5294/aqui.2018.18.2.9

Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo

Holanda da Cunha G, Lima AK, Maia AM, Correia MA, Barbosa K, Rodrigues de Oliveira RC. Diagnósticos de enfermagem segundo a teoria do autocuidado em pacientes com infarto do miocárdio. *Aquichan* 2018; 18(2): 222-233. Doi: 10.5294/aqui.2018.18.2.9

1  orcid.org/0000-0002-5425-1599. Universidade Federal do Ceará (UFC), Brasil. gilmaraholanda@ufc.br

2 orcid.org/0000-0003-4250-7697. Universidade Estadual do Ceará (UECE), Brasil.

3 orcid.org/0000-0002-9419-9289. Universidade Estadual do Ceará (UECE), Brasil.

4 orcid.org/0000-0001-6244-3964. Universidade Federal do Ceará (UFC), Brasil.

5 orcid.org/0000-0002-3435-7716. Universidade Federal do Ceará (UFC), Brasil.

6 orcid.org/0000-0002-7989-5104. Universidade Federal do Ceará (UFC), Brasil.

Recibido: 12/09/2017
Enviado a pares: 05/10/2017
Aprobado: 25/01/2018
Aceptado: 02/03/2018

Diagnósticos de enfermería según la teoría del autocuidado en pacientes con infarto de miocardio

RESUMEN

Objetivo: identificar los diagnósticos de enfermería en personas con infarto de miocardio en emergencia hospitalaria, según la teoría del autocuidado de Orem. **Materiales y método:** estudio transversal, realizado de febrero a agosto de 2016, con 50 pacientes infartados y que estaban en condiciones de participar en la investigación. La recolección de datos ocurrió a través de entrevista, utilizando cuestionario según la teoría del autocuidado, y se formularon diagnósticos de enfermería con base en la Taxonomía de la NANDA-I. **Resultados:** la mayoría de los pacientes eran mujeres (54 %), con edades de 60 a 69 años (34 %), ingreso familiar de uno a dos salarios mínimos (88 %), con enseñanza básica (70 %) y jubilados (76 %). Hubo alta frecuencia de hipertensión arterial (62 %), inactividad física (76 %) y tabaquismo (70 %). La prueba rápida para troponina fue positiva en 16 personas (32 %). Muchos infartados presentaban déficits de autocuidado que apuntaron 10 diagnósticos de enfermería, destacándose estilo de vida sedentario (80 %), movilidad física perjudicada (76 %) y riesgo de intolerancia a la actividad (76 %). Los comportamientos de salud propensos al riesgo y la autonegligencia tuvieron relación con tres requisitos de autocuidado. **Conclusión:** los pacientes necesitaban de asistencia en salud para cambios en el estilo de vida, medidas de confort y realización de actividad y reposo.

PALABRAS CLAVE

Enfermería; diagnóstico de enfermería; teoría de enfermería; infarto del miocardio (Fuente: DeCS, MeSH).

Nursing Diagnostics According to the Self-care Theory in Patients with Myocardial Infarction

ABSTRACT

Objective: Identify nursing diagnoses in patients with myocardial infarction in hospital emergency situations, according to Orem's self-care theory. **Materials and methods:** This is a cross-sectional study that was conducted from February to August 2016 with 50 infarcted patients who were able to participate in the research. Data collection was done through an interview, using a questionnaire pursuant to the self-care theory, and the nursing diagnoses were formulated based on the NANDA-I Taxonomy. **Results:** The majority of patients were women (54%) ages 60 to 69 (34%), with family incomes ranging from one to two minimum wages (88%), with basic education (70%) and retirees (76%). There was a high frequency of arterial hypertension (62%), physical inactivity (76%) and smoking (70%). The rapid test for troponin was positive in 16 of the participants (32%). Many of the infarcted patients had self-care deficits that were indicated in 10 nursing diagnoses, particularly sedentary lifestyles (80%), physically impaired mobility (76%), and risk of activity intolerance (76%). Risk-prone health behavior and self-neglect were related to three self-care requirements. **Conclusion:** The patients needed health assistance for changes in lifestyle, comfort measures, and the realization of activity and rest.

KEYWORDS

Nursing; nursing diagnosis; nursing theory; myocardial infarction (Source: DeCS, MeSH).

Introdução

As doenças cardiovasculares estão entre as maiores causas de morte, estimando-se que, para 2030, cerca de 23 milhões de pessoas morram por doenças cardiovasculares no mundo (1). Dentre essas doenças, destaca-se o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), que tem como principais fatores de risco o tabagismo, os níveis séricos elevados de colesterol, a obesidade, a diabetes mellitus, o sedentarismo e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) (2-3).

Diante disso, para nortear o trabalho do enfermeiro, o Processo de Enfermagem (PE) é um método científico que envolve raciocínio e julgamento diagnóstico, terapêutico e ético, de forma que fundamenta ações e aprimora o cuidado prestado pelo enfermeiro. O PE tem cinco etapas: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem (DE), planejamento, implementação e avaliação. Destas, o DE é o que evidencia a condição clínica do paciente para garantir o cuidado eficaz (4).

Para melhor identificação de problemas relacionados ao paciente, o PE pode ser embasado por teorias, dentre as quais está a Teoria do Autocuidado de Orem. Autocuidado é a prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, saúde e o bem-estar. Os requisitos de autocuidado são divididos em três categorias: universais, de desenvolvimento e de desvio da saúde (5).

A aplicabilidade prática da Teoria do Autocuidado de Orem para pacientes com IAM torna-se palpável, sobretudo, ao considerar os requisitos de autocuidado. Em decorrência do processo de doença, quanto aos requisitos universais, esses indivíduos podem ter ingestão insuficiente de ar, água, alimentos, alterações nos processos de eliminação, interação social, atividade e repouso. Nos requisitos de desenvolvimento de autocuidado, os pacientes podem não ser capazes de se adaptarem ao tratamento. E os requisitos de autocuidado envolvem os aspectos relacionados à adesão ao tratamento (5-6).

A utilização dessa teoria neste estudo justifica-se por abordar o autocuidado e listar fatores que afetam sua provisão, sobretudo, considerando o IAM, que muitas vezes decorre da falta de seguimento das medidas farmacológicas e não farmacológicas necessárias para a condução de doenças crônicas (7). Ademais, acredita-se que o uso combinado dessa teoria e a determinação dos DE podem identificar aspectos importantes para a tomada de

decisões do enfermeiro na promoção da saúde dos pacientes. Isso porque, ao se saber dos DE mais comuns em pacientes infartados, apesar das particularidades existentes em cada caso, os enfermeiros podem agir de forma mais rápida, direcionada e efetiva.

Nesse contexto, este estudo teve por objetivo identificar os diagnósticos de enfermagem em indivíduos com IAM atendidos em emergência hospitalar, segundo a Teoria do Autocuidado de Orem. Esta pesquisa contribui para a assistência de enfermagem direcionada a esses pacientes, porque identifica problemas comuns e, portanto, pode propor intervenções que permitam melhoras na condição de saúde, além da recuperação de forma integral.

Método

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e quantitativo, desenvolvido no período de fevereiro a agosto de 2016, na emergência do Hospital e Casa de Saúde de Russas (HCSR), localizado na cidade de Russas, no Estado do Ceará. A instituição é um hospital de nível secundário, vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), composto por 131 leitos, que atende às especialidades de clínica médica, pediátrica, traumatológica, obstétrica e cirúrgica.

A população do estudo foi composta por 80 pacientes, que correspondem a todos os indivíduos que foram admitidos por IAM no hospital durante o período de estudo. Destes, 50 foram selecionados pela técnica de amostragem não probabilística e por conveniência. Os pacientes selecionados para a amostra deram entrada na emergência por demanda livre, referenciados da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou transferidos de municípios próximos. Os critérios de inclusão foram pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, admitidos na emergência por IAM e que estavam em condições de participar da pesquisa. Da população total do estudo, 30 pacientes foram excluídos devido ao estado de saúde instável, sem condições para responder às perguntas da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada por duas enfermeiras especializadas em cardiologia. Ocorreu uma entrevista, com duração média de 30 minutos e em ambiente privativo, utilizando-se um formulário elaborado de acordo com a Teoria do Autocuidado de Orem, que envolve três etapas e considera as seguintes variáveis: 1. dados sociodemográficos (idade, sexo, cor da pele, renda familiar, escolaridade, situação ocupacional); 2. dados clínicos (história patológica pregressa, atividade física, uso de bebida alcoólica

e cigarro, teste rápido para troponina, frequência cardíaca e respiratória, pressão arterial, índice de massa corporal, sinais de IAM, localização e irradiação da dor, alterações no eletrocardiograma) e dados da Teoria do Autocuidado de Orem: 2.1 requisitos universais de autocuidado (manutenção de ingestas suficientes de ar, água e alimentos; provisão de cuidados com processos de eliminação e excrementos; manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso; manutenção do equilíbrio entre solidão e interação social; prevenção dos perigos à vida humana, ao funcionamento e bem-estar do ser humano; promoção do funcionamento e desenvolvimento do ser humano dentro dos grupos sociais, de acordo com o potencial, as limitações conhecidas e o desejo de ser normal. 2.2. requisitos de desenvolvimento do autocuidado (expressões especializadas de requisitos universais de autocuidado particularizadas por processos de desenvolvimento ou novos requisitos derivados de uma condição ou associados a algum evento); 2.3. requisitos de autocuidado no desvio de saúde (buscar e garantir assistência médica apropriada; estar consciente e levar em conta os efeitos e resultados das condições e estados patológicos; realizar efetivamente medidas diagnósticas, terapêuticas e reabilitativas prescritas; estar consciente e regular os efeitos desconfortáveis e deletérios das medidas de cuidados prescritos; modificar o autoconceito, aceitando determinado estado de saúde e necessidades específicas de atendimento de saúde; aprender a viver com efeitos de condições, estados patológicos e consequências do diagnóstico médico e medidas de tratamento no estilo de vida, promovendo o desenvolvimento pessoal continuado) (6, 8). Ressalta-se que esse instrumento de coleta de dados foi previamente validado por meio da aplicação em 10 pacientes com IAM, os quais não fizeram parte da amostra.

Os dados obtidos foram analisados pelas duas enfermeiras especialistas em cardiologia para a identificação dos DE conforme a Taxonomia da NANDA-I (9). Três enfermeiras especialistas em DE também participaram desse processo. Foram selecionadas pesquisadoras com experiência em DE, por meio da Plataforma Lattes (Brasil), que representa uma integração de bases de dados de currículos, grupos de pesquisa e instituições em um único sistema de informações.

Os dados foram tabulados no Microsoft Excel e analisados no software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 18. Utilizou-se o teste de qui-quadrado de Pearson, que mede a relação de dependência entre as variáveis, mediante a comparação das frequências observadas com as esperadas. Adotou-se como estatisticamente significativo um valor de $p < 0,05$.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, com aprovação em 10 de janeiro de 2016, sob o protocolo n.º 1.386.058.

Resultados

Dentre os pacientes, a maioria era do sexo feminino (27; 54 %), destacando-se as faixas etárias entre 60 e 69 anos (17; 34 %) e 70 a 79 anos (11; 22 %), cor da pele autorreferida parda (37; 74 %), renda familiar de um a dois salários-mínimos mensais (44; 88 %), que estudaram somente até o ensino fundamental (35; 70 %) e aposentados (38; 76 %).

Quanto aos dados clínicos, a história patológica pregressa mostrou HAS (31; 62 %), diabetes mellitus tipo 2 (12; 24 %), IAM prévio (10; 20 %), dislipidemias (8; 16 %) e acidente vascular encefálico (5; 10 %). A maioria não praticava atividade física (38; 76 %), era tabagista (35; 70 %) e não utilizava bebida alcoólica (45; 90 %). O teste rápido para troponina foi realizado em 46 pacientes, dando positivo em 16 (32 %). Na admissão no hospital, a maioria possuía pressão alta, sobrepeso, sudorese, dispnéia, náusea/vômito, dor precordial opressiva, que irradiava para o membro superior esquerdo, além do supradesnivelamento do segmento ST no eletrocardiograma (ver Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização clínica dos pacientes com infarto agudo do miocárdio atendidos em emergência (N = 50) (Russas, 2016)

Variáveis clínicas	n	%
Pressão arterial (sistólica/diastólica)		
< 100/ < 60	4	8
100 - 140/ 60 - 90	23	46
140 - 160/ 90 - 100	9	18
160 - 180/ 100 - 110	10	20
>180/ >110	4	8
Frequência cardíaca (batimentos por minuto)		
< 60	4	8
60 - 100	41	82
> 100	5	10
Frequência respiratória (movimentos respiratórios por minuto)		
14 - 20	40	80
> 20	10	20

Índice de massa corporal		
< 18,5 (abaixo do peso)	2	4
18,5 - 24,9 (peso normal)	11	22
25 - 29,9 (excesso de peso)	28	56
30 - 34,9 (obesidade classe I)	7	14
35 - 39,9 (obesidade classe II)	2	4
Sinais de infarto		
Sudorese	24	48
Pele fria	17	34
Palidez	5	10
Cianose	3	6
Dispneia	22	44
Náusea/vômito	22	44
Localização da dor		
Precordial	40	80
Retroesternal	2	4
Mandibular	5	10
Epigástrica	8	16
Pescoço	3	6
Características da dor		
Opressiva	20	40
Peso/aperto	15	30
Pontada	8	16
Queimação	7	14
Irradiação da dor		
Membro superior esquerdo	40	80
Dorso	10	20
Alterações no eletrocardiograma		
Supradesnivelamento do seguimento ST	35	70
Inversão de onda T	8	16
Onda Q patológica	7	14

Fonte: elaboração própria.

Ocorreram alguns déficits de autocuidado entre os pacientes. Em relação aos requisitos universais de autocuidado, alguns infartados não possuíam ingesta suficiente de ar (56 %), muitos não praticavam atividade física (76 %) e tinham comportamento de risco à integridade física (64 %). No requisito de desenvolvimento

de autocuidado, vários pacientes não se adaptaram à condição de cardiopata ou às restrições exigidas pelo tratamento (38 %). No autocuidado no desvio da saúde, destacou-se que alguns não realizavam de forma efetiva as medidas de saúde prescritas (32 %). Dados expressos na Tabela 2.

Tabela 2. Requisitos universais, de desenvolvimento e de desvio da saúde relatados pelos pacientes com infarto agudo do miocárdio atendidos em emergência (N = 50) (Russas, 2016)

Respostas sobre autocuidado	n	%
1. Requisitos universais de autocuidado		
Manutenção de ingesta suficiente de ar		
Sim	22	44
Não	28	56
Hidratação adequada		
Sim	49	98
Não	1	2
Alimentação adequada		
Sim	47	94
Não	3	6
Eliminações corporais adequadas		
Sim	50	100
Prática de atividade física antes do infarto do miocárdio		
Sim	12	24
Não	38	76
Interação social		
Sim	50	100
Comportamento de risco à integridade física		
Sim	32	64
Não	18	36
2. Requisito de desenvolvimento de autocuidado		
Adaptação à condição de cardiopata ou restrições		
Sim	31	62
Não	19	38
3. O autocuidado no desvio da saúde		
Busca e garante a assistência médica		
Sim	43	86
Não	7	14

Tem ciência da atual condição de saúde		
Sim	43	86
Não	7	14
Realiza efetivamente as medidas prescritas		
Sim	34	68
Não	16	32
Está consciente dos efeitos desconfortáveis do tratamento		
Sim	50	100
Não		
Aceita a condição de saúde e de cuidados específicos		
Sim	47	94
Não	3	6
Aprendeu a viver com os efeitos da atual condição de doença		
Sim	44	88
Não	6	12

Fonte: elaboração própria.

Foram identificados 10 diagnósticos, sendo o mais prevalente o *estilo de vida sedentário*. A Tabela 3 mostra a relação entre os requisitos de autocuidado dos pacientes segundo a Teoria do Autocuidado de Orem e os DE.

Tabela 3. Relação entre os requisitos de autocuidado e DE de pacientes com infarto agudo do miocárdio atendidos em emergência (N = 50) (Russas, 2016)

DE	Requisitos de autocuidado		
	Universais n (%)	Desenvolvimento n (%)	Desvio de saúde n (%)
Estilo de vida sedentário	40 (80)	-	-
Valor de p	0,0001*	-	-
Mobilidade física prejudicada	-	-	35 (70)
Valor de p	-	-	0,040*
Risco de intolerância à atividade	-	-	35 (70)
Valor de p	-	-	0,040*
Comportamentos de saúde propenso a risco	28 (56)	17 (34)	15 (30)
Valor de p	0,0001*	0,004*	0,049*

Autonegligência	28 (56)	18 (36)	15 (30)
Valor de p	0,009*	0,0001*	0,003*
Débito cardíaco diminuído	22 (44)	-	-
Valor de p	0,028*	-	-
Risco de síndrome do idoso frágil	21 (42)	21 (42)	-
Valor de p	0,009*	0,009*	-
Padrão respiratório ineficaz	19 (38)	-	-
Valor de p	0,009*	-	-
Ansiedade	16 (32)	-	-
Valor de p	0,003*	-	-
Conforto prejudicado	-	-	5 (10)
Valor de p	-	-	0,366

*p < 0,05 pelo teste de qui-quadrado de Pearson.

Fonte: elaboração própria.

Estilo de vida sedentário, relacionado ao interesse insuficiente pela atividade física, caracterizado por atividade física inferior à recomendada para o gênero e a idade, foi identificado no requisito universal de manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso (p = 0,0001). Ademais, esse diagnóstico teve associação com a idade aumentada (p = 0,029) e com a baixa escolaridade (p = 0,023), ou seja, as pessoas com mais idade e com menos escolaridade possuíam mais esse diagnóstico.

Mobilidade física prejudicada, relacionada com a intolerância à atividade, foi caracterizada por dispneia aos esforços, gerada também pela dor precordial, sendo obtida no requisito de autocuidado no desvio de saúde, que é estar consciente e levar em conta os efeitos e resultados dos estados patológicos (p = 0,040). Já o diagnóstico *risco de intolerância à atividade*, relacionado ao problema circulatório, está associado com o requisito de autocuidado do desvio de saúde.

O diagnóstico *comportamento de saúde propenso a risco* foi relacionado com a compreensão inadequada, caracterizada pela não aceitação da mudança no estado de saúde. Esse diagnóstico teve associação nas três categorias de requisitos de autocuidado. Em relação aos universais, houve associação estatística quanto à manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso e à prevenção dos perigos à vida humana (p = 0,0001). Também

houve relação estatística quanto aos requisitos de desenvolvimento ($p = 0,004$) e ao desvio de saúde, no que se refere a buscar e garantir assistência médica apropriada e a realizar medidas prescritas ($p = 0,049$), apesar da fraca associação. Esse diagnóstico esteve relacionado com o aumento da idade ($p = 0,026$) e com a baixa escolaridade ($p = 0,034$).

O diagnóstico *autonegligência*, relacionado com a escolha do estilo de vida não saudável, caracterizado por falta de adesão à atividade de saúde, esteve associado aos três requisitos de autocuidado. Em relação aos universais, foram contempladas a manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso e a prevenção dos perigos à vida humana ($p = 0,009$). Com os requisitos de desenvolvimento, no que se refere a não se adaptar à condição de doença ($p = 0,0001$), e, com o desvio de saúde, em relação a buscar e garantir assistência médica apropriada e a realizar medidas prescritas ($p = 0,003$).

O diagnóstico *débito cardíaco diminuído*, relacionado com o ritmo cardíaco alterado, caracterizado por cor anormal da pele, pele fria, úmida e pegajosa, causado pela oferta de oxigênio inferior à adequada para uma boa manutenção da oferta e troca gasosa, foi identificado no requisito universal, no que concerne à manutenção de ingestão insuficiente de ar e à manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso ($p = 0,028$).

Risco de síndrome do idoso frágil, caracterizado por doença crônica, relacionado com a capacidade de autocuidado negativa, foi constatado no requisito universal manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso e no prevenção dos perigos à vida humana ($p = 0,009$). Também houve significância estatística com os requisitos de desenvolvimento ($p = 0,009$), visto que alguns pacientes não estavam adaptados ao envelhecimento ($p = 0,000$). Ademais, esse diagnóstico foi mais prevalente entre os aposentados ($p = 0,025$).

O diagnóstico *padrão respiratório ineficaz*, relacionado com a dor, caracterizado por dispneia, foi obtido no requisito universal manutenção de ingestão suficiente de ar ($p = 0,009$). *Ansiedade*, relacionada com a mudança importante na condição de saúde caracterizada por medo, foi identificada no requisito de autocuidado universal, quanto à manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso ($p = 0,003$) e também no requisito de autocuidado no desvio de saúde, relacionando-se com o aumento da idade ($p = 0,017$) e com a situação ocupacional de aposentado

($p = 0,047$), já que aposentados apresentaram com frequência esse diagnóstico. *Conforto prejudicado*, relacionado com o regime de tratamento e com sintomas relativos à doença, caracterizado por desconforto com a situação, não mostrou associação estatística com nenhum dos três requisitos de autocuidado.

Discussão

Houve maior prevalência de pacientes do sexo feminino com IAM, discordando de outros estudos em que se destacou o sexo masculino (2, 10). Tem-se que indivíduos do sexo masculino apresentam maior risco de evento cardiovascular, mas o risco feminino tende a se igualar ao masculino, em parte pela perda do efeito protetor estrogênico, na menopausa (7, 11). Já a ocorrência de muitos idosos no estudo justifica-se pela associação direta e linear entre envelhecimento e prevalência de doenças cardiovasculares, relacionada com o aumento da expectativa de vida da população brasileira, atualmente de 74,9 anos, em consequência, aumento da população de idosos na última década (7).

Destacaram-se pessoas com renda familiar reduzida e baixa escolaridade, que são características frequentes nos acometidos por IAM (2). Essas variáveis estão associadas com o risco aumentado de morte por doenças cardiovasculares, sobretudo, pela falta de informações e pela dificuldade que esses indivíduos possuem para ter acesso ao sistema de saúde e aderirem adequadamente às medidas de tratamento farmacológico e não farmacológico (12-13). A maioria dos pacientes autorreferiu cor da pele parda, mas, sobre esse aspecto, ainda não existe consenso na literatura pertinente; não se tem certeza do efeito da miscigenação sobre o desenvolvimento da HAS e de outras doenças cardiovasculares; no entanto, pessoas de pele mais escura tendem a ter mais doenças cardiovasculares (7).

Muitos indivíduos apresentavam HAS, que é um fator de risco importante para o IAM, além de estar relacionada com índice expressivo de mortalidade hospitalar (2, 13-14). Além da HAS, tabagismo, dislipidemias, sedentarismo e diabetes são fatores de risco significativos para a mortalidade por doenças cardiovasculares (15-16), de forma que vários pacientes que chegam às unidades de emergências com IAM apresentam três ou mais desses fatores de risco (17).

Quanto aos exames realizados para o diagnóstico do IAM, observou-se que muitos tiveram teste rápido positivo para a análise

de troponina e supradesnívelamento do segmento ST no eletrocardiograma. As troponinas são enzimas que se elevam entre 4 e 8 horas após o início dos sintomas do IAM, com pico entre 36 e 72 horas e normalização entre 5 e 14 dias (14, 18). Juntamente com os sinais e sintomas clínicos clássicos do IAM apresentados pelos pacientes, foi bastante observado, no eletrocardiograma, o supradesnívelamento do segmento ST, o qual é um achado comum em pacientes com IAM, caracterizando uma situação clínica de extrema gravidade, observando-se maior incidência de IAM subsequente ou parada cardíaca em mais de 4 % dos que manifestam o supradesnível de ST (7).

Constatou-se que muitos pacientes não praticavam atividade física e eram tabagistas. Ademais, alguns déficits de autocuidado foram identificados, sobretudo, decorrentes das consequências do IAM, assim como relacionados ao não seguimento das medidas farmacológicas e não farmacológicas relacionadas às doenças cardiovasculares preexistentes. Nesse contexto, ressalta-se a importância da mudança do comportamento e do estilo de vida para a recuperação do paciente e para a diminuição do risco de infarto ou reinfarcto, devendo sempre ser observada a capacidade de autocuidado que essas pessoas possuem, além das estratégias adequadas de educação em saúde a serem utilizadas (19-21).

Em relação aos DE identificados, destacou-se o *estilo de vida sedentário*, o qual contribui para o sobrepeso e para a obesidade. O fato de esse diagnóstico ocorrer mais em idosos e em pessoas de baixa escolaridade pode ser decorrente das limitações físicas do envelhecimento, assim como da falta de orientação acerca desse aspecto. São bem conhecidos os benefícios da prática de atividade física regular, tendo-se que a realização de atividade física por 30 minutos, de quatro a sete dias por semana, é uma medida eficaz, que reduz a pressão arterial e o risco de complicações cardiovasculares, dentre elas o IAM (7, 22).

A *mobilidade física prejudicada* caracterizou-se por dispneia. Nesse contexto, estudo aponta que a dispneia, um sintoma comum em pacientes com IAM, pode ocorrer na atividade física mínima, moderada e também no repouso, devido à incapacidade do coração manter um débito cardíaco suficiente para satisfazer as necessidades teciduais de oxigênio, bem como da redução do fluxo sanguíneo periférico (7, 23).

O *risco de intolerância à atividade* foi relacionado com o problema circulatório e associado à baixa perfusão muscular. Tais

alterações, geralmente, impedem que os indivíduos realizem suas atividades diárias. Esse diagnóstico em pacientes com IAM está associado ao desconforto respiratório, à fadiga e a palpitações que a pessoa sente ao desenvolver suas atividades cotidianas, pela incapacidade do coração manter um débito cardíaco suficiente para atender às necessidades teciduais de oxigênio, além da redução do fluxo sanguíneo periférico (24-25).

Os diagnósticos de *comportamento de saúde propenso a risco* e *autonegligência* foram aqueles que tiveram associação nas três categorias de requisitos de autocuidado. Ambos tiveram importante relação com a manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso e com a prevenção dos perigos à vida humana, com buscar e garantir assistência médica apropriada e com realizar medidas prescritas. Quanto a esses aspectos, estudo mostra que os pacientes que apresentam falta de conhecimento sobre seu tratamento e não aderem à terapêutica prescrita, geralmente, desconhecem as medicações em uso e suas indicações (26). O conhecimento deficiente dos pacientes sobre sua doença pode estar associado às complicações no seu estado de saúde. Portanto, para a compreensão da doença, o profissional de saúde deve oferecer aos pacientes informações completas e esclarecedoras, que propiciem a melhoria do seu tratamento e empodere-os em todo o processo de saúde-doença (20).

O diagnóstico de *débito cardíaco diminuído* foi associado ao requisito universal referente à manutenção de ingesta insuficiente de ar e à manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso. Esse diagnóstico representa a insuficiência do coração como bomba e também foi identificado em outra pesquisa com cardiopatas hospitalizados, incluindo pessoas com insuficiência cardíaca e IAM (25). Esse diagnóstico também tem relação com o *padrão respiratório ineficaz*, o qual esteve relacionado à dor, tendo como requisito universal a manutenção de ingesta suficiente de ar. A dor aguda no IAM tem duração de 15 a 30 minutos, mas pode perdurar e desencadear outras alterações fisiológicas, tais como a elevação da frequência cardíaca e respiratória, a dispneia e a fadiga (11).

O diagnóstico *risco de síndrome do idoso frágil* foi observado em alguns pacientes que não estavam adaptados ao envelhecimento, apresentando capacidade de autocuidado negativa. Ressalta-se que esse diagnóstico foi prevalente entre os aposentados. Nesse contexto, todos os idosos, antes de alcançarem idades avançadas, merecem atenção com vistas à manutenção

da independência, pois os idosos que possuem envelhecimento ativo tendem a permanecer mais independentes, e a manutenção dessa condição é primordial para retardar incapacidades (27).

Ansiedade foi um diagnóstico que teve relação com o aumento da idade e com a situação ocupacional de aposentado. Tem-se que as doenças cardiovasculares, sobretudo o IAM, trazem limitações à qualidade de vida. Além disso, essas doenças e suas complicações ocasionam sinais e sintomas emocionais associados ao medo da morte e da dor; devido a isso, alguns pacientes possuem ansiedade (24-25). Quanto ao *conforto prejudicado*, estudo mostra que esse é um diagnóstico comum em pacientes com IAM e também naqueles submetidos a exames, procedimentos diagnósticos, cirurgias e hospitalizações, visto que esses processos interferem na rotina de vida diária e podem causar desconforto físico e mental aos pacientes (28-29).

Conclusão

A aplicação do formulário segundo a Teoria do Autocuidado de Orem foi eficaz para a coleta de dados e contribuiu no raciocínio clínico, facilitando a identificação dos déficits de autocuidado e os DE de pacientes com IAM. A maioria dos pacientes era mulher, na faixa etária de 60 a 69 anos, renda familiar de um a dois salários-mínimos, com ensino fundamental e aposentados. Houve alta frequência de hipertensão arterial, inatividade física e tabagismo. O teste rápido para troponina foi positivo em 16 pessoas. Foram identificados 10 DE, destacando-se *estilo de vida sedentário*, *mobilidade física prejudicada* e *risco de intolerância à atividade*, o que evidencia a necessidade de assistência em saúde para

mudanças no estilo de vida, medidas de conforto e realização de atividade e repouso.

Diante disso, a equipe de saúde deve estar atenta às alterações que provocam instabilidade psicológica e hemodinâmica nos pacientes, para observar precocemente as complicações de saúde. Em especial os enfermeiros, em seu processo de cuidar, devem identificar os diagnósticos com o intuito de sistematizar o cuidado de forma eficaz, holística e individualizada.

A limitação do estudo foi a dificuldade na coleta de dados, visto que o IAM é um evento grave. Houve muitos pacientes abordados, mas somente a amostra contemplada neste estudo foi capaz de participar da pesquisa por estar hemodinamicamente mais estável e receptiva a interagir com os pesquisadores. Isso mostra a importância do estudo, por indicar as necessidades de saúde dos pacientes com IAM, de forma a contribuir para uma assistência mais rápida e direcionada, que facilite as intervenções de enfermagem.

Devido à importância da assistência de enfermagem ao paciente em estado crítico, recomenda-se a realização de novas pesquisas que abordem a temática, para que o cuidado seja realizado de forma pertinente e rápida, com vistas à estabilização do paciente em tempo hábil. Assim, este estudo apresenta novos desafios para a enfermagem, ao mesmo tempo que contribui para a execução do trabalho por parte da equipe de saúde, sobretudo, em relação aos aspectos em que esta deve intervir junto às pessoas com IAM.

Conflito de interesse: nenhum declarado.

Referências

1. Dessotte CAM, Silva FS, Furuya RK, Ciol MA, Hoffman JM, Dantas RAS. Somatic and cognitive-affective depressive symptoms among patients with heart disease: differences by sex and age. *Rev Latino-Am Enferm.* 2015;23(2):208-15.
2. Araújo IF, Santos ISC, La Longuiniere ACF, Valença-Neto PF, Franklin TA. Profile of the population affected by acute myocardial infarction. *J Nurs UFPE.* 2016;10(7):2302-9.
3. Andrechuk CRS, Ceolim MF. Excessive daytime sleepiness in patients with acute myocardial infarction. *Acta paul Enferm.* 2015;28(3):230-6.
4. Silva JP, Garanhani ML, Peres AM. Systematization of nursing care in undergraduate training: the perspective of complex thinking. *Rev Latino-Am Enferm.* 2015;23(1):59-66.
5. Orem DE, Taylor SG. Reflections on nursing practice science: the nature, the structure, and the foundation of nursing sciences. *Nurs Sci Q.* 2011;24(1):35-41.
6. Orem DE. *Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica.* Barcelona: Masson; 1993.
7. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol.* 2016;107(3):1-104.
8. Foster PC, Bennett AM, Dorothea E. Orem. In: George JB, organizadores. *Teorias de Enfermagem — dos fundamentos à prática profissional.* Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000. p. 83-102.
9. NANDA International. *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificação 2015-2017.* 10ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2015.
10. Huguenin FM, Pinheiro RS, Almeida RMVR, Infantosi AFC. Characterization of the variation of health care taking into account the costs of hospital admissions for acute myocardial infarction in Brazilian Unified Health System. *Rev Bras Epidemiol.* 2016;19(2):229-42.
11. Santos SMJ, Araújo TL, Cavalcante TF, Galindo-Neto NM. Acute pain in myocardial infarction: analysis of concept. *Rev Gaúcha Enferm.* 2015;36(3):102-8.
12. Silva PRF, Cardoso CS, Ferreira HYS, Silva JC, Torres MTB, Silva RS, et al. Evaluation of prehospital delayed care of acute myocardial infarction in the Midwest of Minas Gerais, Brazil. *Rev Med Minas Gerais.* 2015;25(3):353-62.
13. Mansur AP, Favarato D. Mortality due to cardiovascular diseases in women and men in the five brazilian regions, 1980-2012. *Arq Bras Cardiol.* 2016;107(2):137-46.
14. Lopes VC, Silva RM, Menegaz LJ, Jaskowiak PB, Almeida MS. Morphological cardiac changes in acute myocardio infarction — literature review. *Rev Saúde AJES.* 2015;1(2):1-16.
15. Piuvezam G, Medeiros WR, Costa AV, Emerenciano FF, Santos RC, Seabra DS. Mortality from cardiovascular diseases in the elderly: comparative analysis of two five-year periods. *Arq Bras Cardiol.* 2015;105(4):371-80.
16. Ganassin GS, Silva EM, Pimenta AM, Marcon SS. Efficacy of an educative intervention on knowledge related to cardiovascular diseases among men. *Acta Paul Enferm.* 2016;29(1):38-46.
17. Araújo DF, Araújo ERM, Silva MRV, Silva NC, Guimarães MSO, Amorim-Neta FL. Clinical and epidemiological profile of patients with acute coronary syndrome. *Rev Enferm UFPI.* 2014;3(2):78-84.
18. Santos FG, Campanharo CRV, Lopes MCBT, Okuno MFP, Batista REA. Assessment of care quality to patient with acute coronary syndrome in an emergency service. *Rev Eletr Enf.* 2015;17(4):1-8.
19. Santos TMM, Godoy IR, Godoy IL. Psychological distress related to smoking cessation in patients with acute myocardial infarction. *J Bras Pneumol.* 2016;42(1):61-7.
20. Domingos CS, Moura PC, Braga LM, Rodrigues NV, Correia MDL, Carvalho AMP. Construction and validation of the historical contents of nursing guided by Orem reference. *Rev Min Enferm.* 2015;19(2):165-75.
21. Silva APA, Oller GASAO, Pompeo DA, Eid LP, Kusumota L. Adesão ao tratamento medicamentoso e capacidade para o autocuidado de pacientes com hipertensão arterial. *Arq Ciênc Saúde.* 2016;23(2)76-80.

22. Dutra DD, Duarte MCS, Albuquerque KF, Lima AS, Santos JS, Souto HC. Cardiovascular disease and associated factors in adults and elderly registered in a basic health unit. *J. res.: fundam. care.* 2016;8(2):4501-9.
23. Audi CAF, Santiago SM, Andrade MGG, Francisco PMSB. Risk factors for cardiovascular disease in prison institution staff: a cross-sectional study. *Epidemiol Serv Saude.* 2016;25(2):301-10.
24. Pereira ACR, Dias BVB, Santos FT. Assistance protocol to post myocardial acute infarction patients based on nanda nursing diagnostics and interventions. *Cuid Arte Enferm.* 2013;7(2):113-8.
25. Galvão PCC, Gomes ET, Figueirêdo TR, Bezerra SMMS. Nursing diagnosis applied to patients with decompensated heart failure. *Cogitare Enferm.* 2016;21(2):1-8.
26. Freitas JGA, Nielson SEO, Porto CC. Adesão ao tratamento farmacológico em idosos hipertensos: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Soc Bras Clin Med.* 2015;13(1):75-84.
27. Ribeiro DKMN, Lenardt MH, Michel T, Setoguchi LS, Grden CRB, Oliveira ES. Contributory factors for the functional independence of oldest old. *Rev Esc Enferm USP.* 2015;49(1):87-93.
28. Ribeiro CP, Silveira CO, Benetti ERR, Gomes JS, Stumm EMF. Nursing diagnoses for patients in the postoperative period of cardiac surgery. *Rev Rene.* 2015;16(2):159-67.
29. Ponte KMA, Silva LF, Aragão AEA, Guedes MVC, Zagonel IPS. Clinical nursing care to comfort women with acute myocardial infarction. *Text Context Nursing.* 2014;23(1):56-64.