



ARTIGO ORIGINAL

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE HOSPITALIZADO PARA
CORREÇÃO DE ANEURISMA DE AORTA**

***NURSING DIAGNOSES TO THE HOSPITALIZED PATIENT FOR CORRECTION OF
AORTIC ANEURYSM***

***DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA AL PACIENTE HOSPITALIZADO PARA LA
REPARACIÓN DEL ANEURISMA AÓRTICO***

Priscilla Veronica Ribeiro¹
Paula Cristina Nogueira²
Vanessa de Brito Poveda³

Doi: 10.5902/2179769225703

RESUMO: Objetivo: identificar os Diagnósticos de Enfermagem (DE) mais frequentes dos pacientes hospitalizados para correção de aneurisma de aorta elencados pelos enfermeiros de uma instituição hospitalar especializada em doenças cardiovasculares, e descrever o perfil sociodemográfico e clínico desses pacientes. **Método:** estudo exploratório, descritivo, retrospectivo e quantitativo. Foram revisados prontuários de 65 pacientes com diagnóstico de aneurisma de aorta. Os dados foram analisados de forma quantitativa empregando-se estatística descritiva. **Resultados:** a maioria dos indivíduos era do sexo masculino (69,2%), sedentários (83,1%) e hipertensos (56,9%). Os diagnósticos de enfermagem mais prevalentes foram: risco de infecção, risco de constipação, risco de privação do sono, risco para débito cardíaco diminuído, rompimento do vínculo familiar e risco de queda. **Considerações finais:** para elencar DE fidedignos, o enfermeiro deve usar sua competência, habilidade e conhecimento técnico-científico para fixar prioridades condizentes com o estado presente de saúde do paciente e assim instituir intervenções assertivas e resolutivas.

Descritores: Aneurisma; Aneurisma aórtico; Diagnóstico de enfermagem; Enfermagem.

ABSTRACT: Aim: to analyze the most frequent nursing diagnoses given to hospitalized patients for aortic aneurysm surgery and to describe the sociodemographic and clinical profile of those patients. The patients were chosen by the nurses from a specialized in cardiovascular diseases hospital. **Method:** an exploratory, descriptive, retrospective, quantitative study. The medical records of 65 patients diagnosed with aortic aneurysm were reviewed and the data were analysed in a quantitative way, though descriptive statistics. **Results:** the majority of the individuals were male (69.2%), sedentary (83.1%) and hypertensive (56.9%). The most prevalent nursing diagnoses were: risk of infection, risk of constipation, risk of sleep deprivation, risk for decreased cardiac output, family bond rupture and fall risk. **Final considerations:** in order to list reliable nursing diagnoses, nurses must

¹ Enfermeira. Especialista em Enfermagem Cardiovascular pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia. São Paulo, SP, Brasil. E-mail: priribeiro@gmail.com

² Enfermeira. Doutora em Ciências. Professor Doutor do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. E-mail: pcnogueira@usp.br

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem Fundamental. Professor Doutor do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. Email: vbpoveda@usp.br



use his/her competence, ability, clinical and theoretical attitude, to establish consistent priorities with the patient's present state of health and, thus, institute assertive and resolute interventions, evaluating in a continuous way the nursing process.

Descriptors: *Aneurysm; Aortic aneurysm; Nursing diagnosis; Nursing.*

RESUMEN: Objetivo: *analizar los diagnósticos de enfermería de pacientes hospitalizados para cirugía de aneurisma aórtico. Método:* *estudio exploratorio, descriptivo, retrospectivo, cuantitativo, en el cual se revisó la historia clínica de 65 pacientes, con diagnóstico de aneurisma de la aorta, en un hospital especializado en enfermedades cardiovasculares.*

Resultados: *la mayoría de los sujetos eran varones, sedentarios e hipertensos. Los diagnósticos de enfermería más frecuentes fueron: riesgo de infección, riesgo de estreñimiento, riesgo de falta de sueño, riesgo de disminución del gasto cardíaco, ruptura de lazos familiares y riesgo de caídas. Consideraciones finales:* *para hacer diagnósticos de enfermería fiables, las enfermeras deben utilizar su competencia, conocimiento, actitud teórica y clínica con el objetivo de establecer prioridades en correspondencia con el estado de la salud del paciente para establecer intervenciones asertivas y resolutivas.*

Descriptor: *Aneurisma; Aneurisma de la aorta; Diagnóstico de enfermería; Enfermería.*

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV), segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), são as principais causas de óbito no mundo.¹ Estima-se que as DCV tenham levado a óbito cerca de 17,5 milhões de pessoas em 2012, representando 31% das mortes em todo o mundo¹. No Brasil, dados disponíveis pelo Ministério da Saúde (MS), apontam que de Janeiro a Outubro de 2016, foram realizadas 233.627 cirurgias do aparelho circulatório, 115.013 na região sudeste. As doenças do aparelho circulatório ocasionaram cerca de 78.955 óbitos em todo país, sendo 19.658 mortes no Estado de São Paulo.²

Segundo a OMS, as DCV ocorrem devido a distúrbios do coração e vasos sanguíneos, também descreve a Doença Arterial Coronária (DAC), doença cerebrovascular, Hipertensão Arterial (HA), Doença Arterial Periférica (DAP), doença cardíaca reumática, doença cardíaca congênita e Insuficiência Cardíaca (IC) como integrantes do grupo de DCV. As principais causas de doença vascular ocorrem por alimentação pouco saudável, consumo de tabaco e a falta de atividade física.¹

Os principais fatores de risco para as DCV são HA, tabagismo, Diabetes Mellitus (DM) e Dislipidemia (DLP), prevalentes na população brasileira.¹ Dentre as afecções que acometem o aparelho circulatório, encontra-se o aneurisma de aorta, cuja prevalência tem sofrido um grande aumento nos últimos anos, sendo um fato provável o aumento da expectativa de vida, maior suspeita clínica e melhor precisão dos métodos diagnósticos por imagem.³

O aneurisma de aorta (AA) pode ser definido como uma dilatação localizada e/ou difusa, ocasionada por aumento no diâmetro normal do vaso de, pelo menos, 50%. Dentre os fatores de risco mais importantes para essa afecção estão: idade avançada, gênero masculino, tabagismo, histórico familiar positivo para AA e doença aterosclerótica.⁴ Outros fatores podem influenciar o desenvolvimento desta patologia como: história prévia de outros aneurismas vasculares, estatura elevada, DAC, doença cerebrovascular, hipercolesterolemia, HA e DM.⁴

A relevância do aneurisma de aorta está baseada na alta taxa de mortalidade que ocorre quando há ruptura e a baixa taxa de letalidade descrita com a correção cirúrgica eletiva em serviços especializados.⁴ O risco de ruptura do aneurisma de aorta pode estar associado ao seu diâmetro, portanto a cirurgia de correção eletiva tem como objetivo evitar a ruptura e a dissecação da aorta, sendo recomendada quando o aneurisma de aorta ascendente for maior que 60 mm, descendente maior que 70 mm, e 55 mm se o aneurisma acometer a aorta abdominal e também se o crescimento for maior que 10 mm ao ano.⁵

A assistência hospitalar aos pacientes com AA deve ser realizada pela equipe multiprofissional, incluindo o enfermeiro, que se depara com as respostas à condição de saúde/processo de vida dos indivíduos diariamente, respostas estas ditas como o centro do cuidado de enfermagem.⁶ Assim, o enfermeiro em âmbito hospitalar deve utilizar o julgamento clínico e ser atuante, de modo a prevenir e controlar complicações, estando atento aos aspectos biopsicossociais do paciente, subsidiando o planejamento dos cuidados coerentes e específicos às necessidades do indivíduo.⁶

O Processo de Enfermagem (PE) direciona o planejamento e as decisões, necessárias à assistência ao paciente, com finalidade e intenção de agrupar atividades específicas do cuidado como parte de um método contínuo, sistematizado e não isolado.⁶⁻⁷ A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é substancialmente importante para assistir o binômio cliente/cuidador, e é a metodologia mais pertinente para garantir um cuidado integral, individual, documentado e ininterrupto. Dessa forma, objetiva conservar, promover e restaurar de maneira segura a saúde do paciente, norteando as ações do enfermeiro no cotidiano de sua prática profissional.⁶⁻⁷

Ao implementar uma assistência de enfermagem alicerçada pela SAE, baseada em referencial teórico de enfermagem, desenvolve-se possibilidades de aprimoramento dos conhecimentos multidisciplinares, podendo também determinar relações de trabalho mais qualificadas e produtivas.⁷ Portanto, os diagnósticos de enfermagem (DE), parte integrante da

SAE, fundamentam-se em elementos centrais da prática profissional e de alta relevância para direcionar a assistência da equipe de enfermagem, promovendo qualidade e segurança no cuidado e intervindo nos possíveis riscos ao paciente, retratando respostas humanas às situações de saúde nas quais o enfermeiro pode intervir.⁶

Diante do exposto, este estudo foi realizado visando responder a seguinte questão norteadora: quais os DE tem sido elencados para os pacientes hospitalizados para correção de aneurisma de aorta? Nesse contexto, os objetivos deste estudo foram identificar os DE mais frequentes aos pacientes hospitalizados para correção de aneurisma de aorta, elencados pelos enfermeiros de uma instituição hospitalar especializada em doenças cardiovasculares, e descrever o perfil sociodemográfico e clínico desses pacientes.

MÉTODO

Trata-se de estudo exploratório, descritivo, retrospectivo com abordagem quantitativa, realizado numa instituição pública hospitalar, especializada em doenças cardiovasculares localizada no município de São Paulo. Os pacientes que realizaram correção de AA, foram internados em uma enfermaria específica para doenças vasculares durante o pré e pós-operatório.

Os critérios de inclusão utilizados para selecionar os prontuários foram: pacientes maiores de 18 anos, de ambos os sexos e que foram internados para correção cirúrgica exclusiva do AA, no período de janeiro a dezembro de 2014. Para o presente estudo optou-se por excluir pacientes que foram submetidos a outras abordagens cirúrgicas em conjunto com a correção do AA. Assim, dos 115 prontuários levantados, 50 foram excluídos por não atenderem aos critérios, resultando em uma amostra final de 65 prontuários.

Os dados foram coletados em partes do histórico de enfermagem e histórico médico dos prontuários dos pacientes. Para coleta de dados foi construído um instrumento específico, com base na literatura,¹⁻⁴ contemplando dados sociodemográficos: idade, sexo, raça, procedência e dados clínicos: diagnóstico médico, tabagismo, uso de bebidas alcoólicas e outras intervenções cirúrgicas prévias. Foi considerado comorbidade qualquer diagnóstico médico diferente do diagnóstico AA e sedentarismo foi considerado para indivíduos que não praticavam nenhum tipo de exercício físico. Também foi incluído no instrumento de coleta a porção da aorta acometida pelo aneurisma e tempo de internação desde o pré-operatório até a alta hospitalar. Os DE foram coletados da folha da SAE e considerado somente os DE

elencados pelos enfermeiros no momento da admissão, sendo que o instrumento utilizado pelos enfermeiros é padronizado e contempla, em média, 16 DE segundo a taxonomia de DE da Nanda International (NANDA-I). Após realizar anamnese e exame físico, o enfermeiro seleciona os DE pertinentes ao paciente e, se julgar necessário, há possibilidade de descrever outros DE, em espaço aberto e exclusivo para este fim.

A coleta de dados ocorreu no período de novembro de 2015 à maio de 2016, os dados foram codificados e inseridos na planilha do Microsoft Excel para composição do banco de dados e foram analisados de forma quantitativa empregando-se o aplicativo *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Foi realizada estatística descritiva (frequência absoluta e relativa, medidas de tendência central e variabilidade) para caracterização sociodemográfica, clínica e dos diagnósticos de enfermagem. A investigação da associação entre os DE mais prevalentes com as variáveis sociodemográficas e clínicas foi realizada por meio do teste exato de Fisher. Os resultados foram considerados estatisticamente significativos quando $p \leq 0,05$.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição hospitalar, sob o número CAAE: 49636415.0.0000.5462. O termo de confidencialidade dos dados e todas as demais diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisas que envolvem seres humanos foram seguidas de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Foram revisados 65 prontuários de pacientes que realizaram cirurgia de correção de AA e a maioria dos pacientes, 45 (69,2%), era do sexo masculino. A média de idade foi de 54,3 anos (DP=14,6), idade mínima de 23 e máxima de 81 anos. Houve predomínio da raça branca e 49 (75,4%), e 26 (40%) pacientes eram provenientes de São Paulo, Capital. Quanto aos hábitos de vida, 54 (83,1%) eram sedentários, 24 (36,9%) tabagistas e nove (13,8%) etilistas. A comorbidade mais prevalente foi a HA, 37 (56,9%), seguida de dislipidemias (DLP), 34 (52,3%), Acidente Vascular Encefálico Isquêmico (AVEi), 10 (15,4%), e DM e DAC foi constatado em sete (10,8%) pacientes cada uma. Apenas 18 (27,7%) pacientes já haviam realizado alguma cirurgia anterior.

Em relação às internações hospitalares para correção do aneurisma, 55 (84,6%) ocorreram de maneira eletiva pela enfermagem da instituição, 10 (15,4%) internações ocorreram em regime de urgência/emergência, com admissão pelo Pronto Socorro. O diagnóstico médico predominante foi o AA ascendente 56 (86,2%) e quatro (6,2%) pacientes receberam diagnóstico

médico AA dissecante. Dos pacientes hospitalizados para correção do aneurisma, 64 (98,5%) receberam alta hospitalar, houve um óbito (1,5%) constatado por complicação pós-cirúrgica, por choque misto e disfunção ventricular com fração de ejeção de 18%, no pós-operatório. O tempo de internação dos pacientes foi de 16,08 dias (DP= 10,3), mínimo de três e máximo de 67 dias.

No momento da admissão foram listados 11 DE reais e oito de risco, sendo que ao relacionar os DE reais e de risco, com os domínios da Taxonomia II *NANDA I*⁵, obteve-se que o domínio 4 Atividade/ Repouso, elencou o maior número de diagnósticos (n=7), seguido pelo domínio 11, Segurança/Proteção (n=4) (Tabela 1 e 2).

Tabela 1- Diagnósticos de enfermagem reais elencados para os pacientes hospitalizados para correção de aneurisma de aorta, de acordo com os domínios da *NANDA-I*. São Paulo, 2016.

Domínio	Diagnósticos de Enfermagem	n	%
I- Promoção da Saúde			
	Proteção ineficaz	4	6,2
II- Nutrição			
	Volume de líquido excessivo	2	3,1
IV- Atividade/repouso			
	Déficit no autocuidado banho/higiene	12	18,5
	Mobilidade física prejudicada	10	15,4
	Intolerância à atividade	6	9,2
	Privação do Sono	3	4,6
	Déficit no autocuidado para alimentação	2	3,1
	Débito cardíaco diminuído	2	3,1
XI- Segurança/Proteção			
	Integridade tissular prejudicada	6	9,2

Tabela 2- Diagnósticos de enfermagem de risco elencados para os pacientes hospitalizados para correção de aneurisma de aorta, de acordo com a *NANDA-I*. São Paulo, 2016.

Domínio	Diagnósticos de Enfermagem	n	%
II-Nutrição			
	Risco de glicemia instável	10	15,4
III- Eliminação e troca			
	Risco de Constipação	38	58,5
IV-Atividade/repouso			
	Risco de débito cardíaco diminuído	34	52,3
XI- Segurança/Proteção			
	Risco de infecção	59	90,8
	Risco de queda	23	35,4
	Risco de integridade da pele prejudicada	10	15,4

A instituição onde foi realizado o presente estudo utiliza como referencial a Taxonomia da *NANDA-I*, no entanto, quatro diagnósticos de enfermagem (DE) registrados nos prontuários, não foram exatamente nomeados conforme a lista de domínios propostos

pelo *NANDA-I*, em sua última atualização 2015-2017 e também não foram encontrados na versão anterior 2012-2014. São eles: *risco de privação do sono* (52,3%), *rompimento do vínculo familiar* (33,8%), *risco de volume de líquidos excessivo* (7,7%) e *dor torácica* (6,2%), portanto os referidos DE não foram incluídos em domínios neste estudo. Na Taxonomia II da *NANDA-I* há os DE: dor aguda ou dor crônica (domínio 12 conforto), risco de vínculo prejudicado (domínio 7 papéis e relacionamentos), padrão do sono prejudicado e privação do sono (domínio 4 atividade e repouso), volume de líquidos excessivo e risco de volume de líquidos deficiente (domínio 2 nutrição).

Quanto aos diagnósticos de enfermagem (DE) com frequência acima de 30%, listados pelos enfermeiros, destacaram-se: risco de infecção (90,8%), risco de constipação (58,5%), risco de privação de sono (52,3%), risco de débito cardíaco diminuído (52,3%), risco de queda (35,4%) e rompimento do vínculo familiar (33,8%). Com exceção dos DE não nomeados conforme a *NANDA-I* (rompimento do vínculo familiar, risco de privação do sono, risco de volume de líquidos excessivo e dor torácica), os demais DE foram divididos entre cinco domínios propostos na Taxonomia II da *NANDA-I*.

Ao associar os três primeiros diagnósticos de enfermagem mais prevalentes (risco de infecção, risco de constipação e privação do sono) com as variáveis sociodemográficas (sexo e idade) e clínicas (comorbidades, hábitos de vida e tempo de internação), não foram encontradas associações estatisticamente significantes. Detectaram-se diferenças estatisticamente significativas somente para o diagnóstico de enfermagem risco de débito cardíaco diminuído (sim e não) com a comorbidade AVEi ($p = 0,039$) e entre o diagnóstico de enfermagem rompimento no vínculo familiar (sim e não) com a comorbidade DLP ($p = 0,018$) e DAC ($p = 0,039$).

DISCUSSÃO

Apesar do avanço nos métodos de diagnóstico por imagem, maior suspeita e inferência clínica, o AA pode não apresentar sintomas podendo o rompimento acontecer de forma abrupta. Segundo a Sociedade Européia de Cardiologia (ESC), a aorta pode ser dividida em raiz da aorta, aorta ascendente, arco da aorta, aorta descendente e aorta abdominal e seu diâmetro normalmente não ultrapassa 40 mm.⁵ No presente estudo, observa-se que 87,2% dos pacientes foram acometidos por aneurisma de aorta ascendente, classificada como porção da aorta torácica. A sintomatologia do aneurisma pode-se dar através de massa abdominal

pulsátil, dor à palpação, dor abdominal e hipotensão. Estima-se que a taxa de mortalidade por ruptura de aneurisma de aorta abdominal seja de até 74%.⁸

Uma das características da população estudada foi o predomínio de pacientes do sexo masculino. Estudos recentes relacionam essa variável como fator que predispõe o desenvolvimento do AA.^{4,9} Entretanto, o gênero masculino já é apontado como prevalente quando relacionado ao risco de morte por doenças cardiovasculares e não somente quando relacionado ao AA.¹⁰

Em relação à faixa etária dos pacientes, predominou o intervalo entre 50 e 59 anos (26,1%), com média de 54,3 anos. Estudo realizado no Estado de São Paulo, com pacientes submetidos à cirurgia de aorta apresentou resultado semelhante.¹¹ Outro estudo retrospectivo, também realizado no Estado de São Paulo, aponta a prevalência de Doença da Aorta Torácica (DAT) em indivíduos com idade entre 60 e 70 anos.¹²

A relação entre a cor/raça da população como fator de risco para a evolução do aneurisma de aorta, ainda é pouco conhecida e explorada pela literatura científica. Contudo, neste estudo identificamos que 75,4% dos pacientes eram brancos. Em um estudo longitudinal sobre doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, o qual foram incluídas as doenças cardiovasculares, constatou-se que de 15.105 (100%) participantes do estudo, 7.791 (52,2%) eram de cor branca.¹³

Antecedentes pessoais passíveis de controle também são observados neste estudo, hábitos de vida como sedentarismo, tabagismo e uso contínuo de bebida alcoólica são considerados fatores precipitantes das DCV.¹⁰ No presente estudo, observou-se que apenas 11 pacientes (16,9%) referiram fazer algum tipo atividade física (AF). A inatividade física, ainda que dependente de diversos fatores, é descrita na literatura como fator de contribuição para desenvolvimento de doenças do coração.¹³⁻¹⁴ O consenso comum em relação à prática de atividade física é sobre seu importante subsídio para reduzir e prevenir as DCV e o aumento substancial do *High Density Lipoproteins* (HDL) e consequente redução de *Low Density Lipoproteins* (LDL), o que corrobora com o presente estudo, no qual 83,1% dos indivíduos eram sedentários e 53,2% acometidos com DLP.¹⁴

A DLP é um dos fatores relacionados à formação da placa de ateroma. Estudo anatômico-clínico apontou em 75% dos casos que a arterosclerose estava relacionada ao AA, corroborando aos resultados encontrados no presente estudo, no qual observa-se em valor somativo, elevado número de pacientes (58/89,2%) com DLP, DAC e IAM.¹⁵ Outros fatores são apontados para o desenvolvimento arterosclerótico, sendo a HA e o tabagismo contribuintes para inflamação do vaso.¹⁵

O tabagismo é apontado como fator de risco para o desenvolvimento da doença cardiovascular, estimando-se que 80% dos pacientes com AAA tenham hábito de fumar.⁹ O uso de tabaco também está associado ao aumento do diâmetro do AAA e risco de torná-lo roto.⁹ Nesta pesquisa foi possível observar que 36,9% dos pacientes faziam uso do tabaco como hábito de vida.

A HA foi a comorbidade mais prevalente neste estudo (56,9%). De acordo com a sétima Diretriz de Hipertensão Arterial (2016), esta é uma condição multifatorial, podendo ser agravada pela DLP e DM.¹⁶ Em estudo realizado com pacientes com doenças da aorta torácica e tratamento híbrido, a prevalência da HA foi identificada em 100% da amostra.¹⁷ A hipertensão também é apontada como fator predeterminante para ocorrência de AA e também para a ruptura do aneurisma.^{3,9}

Em relação à DM, apenas sete (10,8%) indivíduos neste estudo eram acometidos por esta comorbidade. Estudos afirmam que o estado de hiperglicose ocasionada na diabetes altera a parede da aorta. Entretanto, pesquisas que avaliam a relação entre a DM e o aneurisma são inconclusivas, tornando necessário estudos que avaliem a influência da DM no desenvolvimento e/ou ruptura do aneurisma.¹⁸

O DE de maior prevalência foi o risco de infecção, definido como vulnerabilidade à invasão e multiplicação de organismos patogênicos que pode comprometer a saúde. Este diagnóstico é integrante do domínio Segurança/Proteção, que se refere a estar livre de perigo, lesão física ou dano ao sistema imunológico.⁶ Outros DE integrantes deste domínio também estavam presentes nos prontuários investigados, sendo eles: risco de queda, risco de integridade da pele prejudicada e integridade tissular prejudicada.

O elevado número de pacientes com risco de infecção pode ser justificado pela relação da infecção com nutrição inadequada, doença crônica, exposição hospitalar, exposição à patógenos, procedimentos invasivos, defesas primárias e secundárias inadequadas e drogas farmacológicas (antibióticos e imunossupressores). Portanto, medidas de prevenção contra infecção devem ser implementadas desde o primeiro dia de internação.¹⁹

Em relação ao Risco de queda, os enfermeiros elencaram esse DE para 23 pacientes, conceituado na Taxonomia II *NANDA I* como: vulnerabilidade ao aumento da suscetibilidade a quedas, que pode causar dano físico e comprometer a saúde, integrante do domínio Segurança e proteção.⁶ Estudo que analisou as ocorrências de quedas em hospital especializado em cardiologia evidenciou um predomínio de quedas nos primeiros 30 dias de internação, sendo a queda da própria altura e no período noturno mais prevalentes, porém os pacientes apresentavam média de idade de 64,04 anos, diferente do presente estudo em que a

faixa etária da população não é prevalente para risco de queda.²⁰ Outro estudo relata a utilização de medicamentos anti-hipertensivos como fator que pode predispor à queda.²¹ Já é conhecido que a HA pode ocasionar o surgimento e rompimento do aneurisma de aorta, portanto, a prática clínica comum para indivíduos com aneurisma dissecante de aorta é o tratamento medicamentoso anti-hipertensivo para diminuir risco de ruptura.⁹

O segundo diagnóstico mais frequente nesta pesquisa foi Risco de constipação, conceituado como a vulnerabilidade à diminuição da frequência normal de evacuação, acompanhada da eliminação difícil ou incompleta de fezes que pode comprometer a saúde. Esse diagnóstico está presente no domínio Eliminação e Troca, conceituado como secreção e excreção de resíduos do organismo.⁶ A constipação é um sintoma que pode afetar homens e mulheres, acontecendo por diminuição da deambulação, repouso absoluto no leito, mudanças nos padrões alimentares e de ingestão hídrica, que predispõe a obstipação intestinal no ambiente hospitalar.⁶

A Taxonomia da *NANDA I* define Privação do sono como tempo prolongado sem sono, presente no domínio Atividade/Repouso, cuja definição é relacionada à produção, conservação, gasto ou equilíbrio de recursos energéticos.⁶ Logo, pode-se entender o risco de privação do sono como vulnerabilidade ao tempo prolongado sem sono. Evidências indicam a iluminação excessiva, cama desconfortável, rotina hospitalar, cuidados de enfermagem, barulho na enfermaria, medo, preocupação, temperatura do quarto, falta de adaptação e a dor como fatores perturbadores do sono durante a internação hospitalar.²²

As associações estatisticamente significantes identificadas entre o DE rompimento do vínculo familiar e a presença de DLP e a DAC, podem ser explicadas pelo alto índice de internações, decorrentes das complicações da DAC que tornam os indivíduos vulneráveis à hospitalização, tendo como consequência a interrupção do vínculo familiar e também do vínculo social. Apesar de proporcionar recuperação, a internação hospitalar pode acarretar no isolamento do paciente, em particular, se a internação ocorrer em setores de urgência/emergência ou unidades de terapia intensiva, onde não há possibilidade da presença de acompanhante em período integral, ocasionando a diminuição das atividades cotidianas, convivência social e familiar.²³

O DE risco de débito cardíaco diminuído foi elencado para 52,3% dos pacientes, sendo identificada associação significativa com a comorbidade AVEi. É definido como vulnerabilidade ao suprimento inadequado de sangue bombeado pelo coração para atender às demandas metabólicas do organismo. Um estudo de validação de conceito deste DE refere

que os riscos para ocorrência do mesmo relacionam-se, diretamente, com alterações na pré-carga, pós-carga, frequência e/ou contratilidade cardíaca que podem ocorrer devido à disfunção miocárdica, alteração no ritmo, alterações na condução elétrica, volume de líquidos deficiente, perda plasmática, aumento da pressão intrapericárdica, desequilíbrio eletrolítico, desequilíbrio acidobásico e alteração valvar.²⁴

Uma hipótese para a relação entre AVEi e risco de débito cardíaco diminuído, pode ser devido ao uso de anticoagulantes e antiagregantes plaquetários utilizados previamente para prevenção de novos eventos. Sabe-se que há alta probabilidade de recorrência de Acidente Vascular Encefálico (AVE) após o primeiro evento. O uso de terapia conjunta para evitar formação de trombos pode potencializar a ruptura do aneurisma de aorta, ocasionando sangramento e, conseqüentemente, débito cardíaco diminuído.²⁵ O AVE também é descrito como uma complicação no pós-operatório de correção do aneurisma e fator de risco importante de óbito no pós-operatório.¹⁰

A aorta é um importante vaso participante do suprimento de sangue para órgãos e tecidos e sua ruptura pode ser fatal. A perda sanguínea é mais um fator que predispõe o risco de débito cardíaco diminuído, resultando em importante comprometimento à saúde.²⁴ Entretanto, para nenhum dos 65 sujeitos deste estudo, foi elencado o DE risco de sangramento, componente do domínio Segurança/Proteção e definido como: vulnerabilidade à redução no volume de sangue que pode comprometer a saúde, reiterado como fator de risco, o aneurisma, conhecimento insuficiente sobre precauções de sangramento e regime de tratamento.⁶

Apesar de não haver dados na literatura que fundamentem a relação do DE Risco de sangramento e aneurisma de aorta, o enfermeiro tem como competência entre outros, a promoção a saúde. Portanto, atuar na prevenção dessa importante complicação, torna-se primordial para assistência de enfermagem. Compreender e analisar as principais necessidades de saúde, possibilita a seleção de DE prioritários e o planejamento da assistência de enfermagem adequada e individualizada ao paciente com AA.⁵⁻⁷

Em relação aos DE não nomeados exatamente como a Taxonomia da *NANDA I: Risco de Privação do Sono, Rompimento do vínculo familiar, Risco de volume de líquidos excessivo e Dor torácica*, é importante salientar que a reflexão e conhecimento sobre a situação clínica do paciente se faz necessária para a tomada de decisão e desenvolvimento da prática



assistencial. Assim referida instituição, cenário desta pesquisa, dispõe de um grupo de estudos em SAE', que pesquisa a melhoria do processo de enfermagem para o perfil de paciente cardiopata atendido na instituição hospitalar.

Entretanto, para elencar DE fidedignos, o enfermeiro deve usar sua competência, em termos de conhecimento, habilidades e atitudes, a fim de avaliar as prioridades condizentes com o estado de saúde do paciente para, posteriormente, prescrever e implementar intervenções assertivas e resolutivas, avaliando de maneira contínua o processo de enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu conhecer o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes acometidos com AA e identificar os DE mais frequentes para esses pacientes: risco de infecção, risco de constipação, risco de privação de sono, risco de débito cardíaco diminuído, risco de queda e rompimento do vínculo familiar.

Foram identificados, também, DE que não são nomeados exatamente como a Taxonomia da NANDA I e DE considerados relevantes para pacientes com AA não foram elencados. Assim, espera-se que a partir da elucidação desses achados, este estudo possa contribuir para despertar nos profissionais de enfermagem a importância do raciocínio clínico no momento da anamnese e exame físico, atentando para as reais necessidades do paciente para que seja possível desenvolver e implementar um plano de cuidados individualizado visando uma assistência segura e de qualidade, que coadunem com as metas institucionais e éticas profissionais.

Como limitações deste estudo destacam-se: tamanho da amostra, tipo de estudo, falta de registro ou preenchimento incompleto de informações no prontuário. Contudo, as expectativas apontam que o conhecimento dos problemas de saúde de um grupo de pacientes com características comuns, é um constante desafio para a assistência de enfermagem. Acredita-se, a partir de estudos dessa natureza, que as instituições de saúde e os profissionais afins poderão reformular os formulários de SAE, para identificar DE prioritários para um perfil específico de paciente, tal como para aqueles com AA.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Cardiovascular Diseases (CVDs). [acesso em 10 de dezembro de 2016]. Disponível em: http://www.who.int/topics/cardiovascular_diseases/es/.



2. Ministério da Saúde. DataSUS. Informações de Saúde. Morbidade Hospitalar do SUS. Brasília; 2016 [acesso em 27 de dezembro de 2016]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/>.
3. Carvalho A, Santos A, Gomes C, Martins M, Santos V, Rubeiz R, et al. Aneurisma da aorta abdominal infrarrenal: importância do rastreamento em hospitais do Sistema Único de Saúde na região metropolitana de Salvador - Bahia. *J Vasc Bras*. 2012;11(4):289-300.
4. Cardoso VP, Mendes P. Rastreio do aneurisma da aorta abdominal – revisão baseada na evidência. *Rev Port Med Geral Fam*. 2014;30(5):306-14.
5. Erbel R, Aboyans V, Boileau C, Bossone E, Bartolomeo RD, Eggebrecht H, et al. 2014 ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of aortic diseases. *Euro Heart J*. 2014;35(41):2873-926.
6. Herdeman TH. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificações 2015-2017. Porto Alegre (RS): Artmed; 2015.
7. Santos JA, Prado PR, Domingues TAM, Matheus MCC, Bettencourt ARC. Sistematização da assistência de enfermagem na visão de enfermeiros. *CuidArte Enferm*. 2015;9(2):142-7.
8. Abreu R, Castro JM, Gonçalves FB, Rodrigues G, Quintas A, Ferreira R, et al. Aplicação do Glasgow Aneurysm Score como modelo preditivo de mortalidade em doentes com rutura de aneurisma da aorta abdominal. *Angiologia e Cirurgia Vascul*. 2016;12(4):241-5.
9. Pereira AH, Pereira AA. Aneurismas de aorta. In: Fochesatto LF, Barros E, organizadores. *Medicina interna na prática clínica*. Porto Alegre: Artmed; 2013. p 81-91.
10. Muller E, Gimeno S. Mortalidade por doenças cardiovasculares segundo gênero e idade no Estado do Paraná, Brasil: 1979 a 1981 e 2006 a 2008. *Cad Saúde Coletiva*. 2015;23(1):11-6.
11. Issa M, Avezum Á, Dantas DC, Almeida A, Souza L, Sousa A. Risk factors for pre, intra, and postoperative hospital mortality in patients under going aortic surgery. *Rev Bras Cir Cardiovasc*. 2013;28(1):10-21.
12. Dias R, Mejia O, Fernandes F, Ramires F, Mady C, Stolf N, et al. Mortality impact of thoracic aortic disease in São Paulo State from 1998 to 2007. *Arq Bras Cardiol*. 2013;101(6):528-35.
13. Duncan B, Chor D, Aquino E, Bensenor I, Mill J, Schmidt M, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Rev Saúde Pública*. 2012;46 (Supl 1):126-34.
14. Romero A, Medeiros M, Borges C, Romero S, Slater B. Associação entre atividade física e marcadores bioquímicos de risco para doença cardiovascular em adolescentes de escolas públicas de Piracicaba. *Rev Bras Atividade Física & Saúde*. 2013;18(5):614-22.
15. Mousessian PN, Camilo AL, Campos RT, Teixeira CO, Teixeira MA. Aterosclerose: aneurisma de aorta versus coronariopatia - Estudo de 40 casos com necropsia. *Rev Soc Bras Clin Med*. 2014;12(4):1-5.
16. Malachias MVB, Souza WKS, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol*. 2016;107(3 Supl 3):1-83.
17. Metzger P, Rossi F, Moreira S, Issa M, Izukawa N, Dinkhuysen J et al. Hybrid treatment of aortic arch disease. *Rev Bras Cir Cardiovasc*. 2014;29(4):527-36.
18. Takagi H, Umemoto T. Negative association of diabetes with thoracic aortic dissection and aneurysm. *Angiology*. 2016;1-9.



19. Schulz C, Lopes C, Herdman T, Lopes J, Barros A. Construction and validation of an instrument for assessment of the nursing diagnosis, risk for infection, in patients following cardiac surgery. *Int J Nurs Knowledge*. 2013;25(2):94-101.
20. Meneguim S, Ayres J, Bueno G. Caracterização das quedas de pacientes em hospital especializado em cardiologia. *Rev Enferm UFSM*. 2015;4(4):784-91.
21. Albuquerque NLS, Sisnando MJA, Sampaio Filho SPC, Morais HCC, Lopes MVO, Araújo TL. Fatores de risco para quedas em pacientes hospitalizados com cardiopatia isquêmica. *RENE*. 2013;14(1):158-68.
22. Costa S, Ceolim M. Fatores que interferem na qualidade do sono de pacientes internados. *Rev Escol Enfermagem USP*. 2013;47(1):46-52.
23. Moizés AS, Shiotsu CH, Takashi MH. Perfil dos pacientes readmitidos em um hospital cardiovascular. *Rev Enferm UFPE*. 2016;10(7):2595-603.
24. Santos E, Souza M, Gutiérrez M, Maria V, Barros A. Validation of the concept risk for decreased cardiac output. *Rev Latinoam Enferm*. 2013;21(N Esp):97-104.
25. Kaithoju S. Ischemic stroke: risk stratification, warfarin treatment and outcome measures. *J Atr Fibrillation*. 2016;8(4):1144.

Data de submissão: 26/01/2017

Data de aceite: 17/08/2017

Contato do autor responsável: Priscilla Veronica Ribeiro

Endereço postal: Rua Giovanni Boltraffio, 370, Vila Santa Tereza, CEP: 04190-050. São Paulo-SP, Brasil.

E-mail: priribbeiro@gmail.com