

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA EM UNIDADE CORONARIANA¹

Sílvia Maria de Sá Basilio Lins*

Fátima Helena do Espírito Santo**

Patrícia dos Santos Claro Fuly***

Luíz Fernandes Gonçalves Fialho****

RESUMO

A necessidade de aplicação e registro do Processo de Enfermagem em unidade hospitalar motivou a realização do presente estudo que tem como objetivo identificar os diagnósticos de enfermagem mais prevalentes nos pacientes internados na unidade coronariana de um hospital universitário com Insuficiência Cardíaca (IC). Trata-se de uma pesquisa transversal e descritiva realizada por meio de uma análise documental retrospectiva. Os diagnósticos de enfermagem foram elaborados a partir de evidências clínicas levantadas dos registros médicos e de enfermagem contidos nos prontuários. A formulação da declaração diagnóstica foi feita com a utilização da linguagem de Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE® versão 2. Os diagnósticos de enfermagem identificados foram: Baixo débito cardíaco, Troca gasosa prejudicada, Risco para infecção, Volume de líquido aumentado e Ventilação prejudicada. Estes diagnósticos estão intimamente relacionados à fisiopatologia da doença e contemplam as necessidades biológicas do indivíduo; no entanto os registros contidos nos prontuários revelaram-se insuficientes para abranger a totalidade das necessidades sabidamente afetadas e apresentadas pelos pacientes.

Palavras-chave: Insuficiência cardíaca. Processos de Enfermagem. Diagnóstico de Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A Insuficiência Cardíaca (IC), também conhecida como insuficiência cardíaca congestiva, é a incapacidade do coração em bombear sangue, em geral por disfunção do músculo cardíaco, e oferecer oxigênio e nutrientes aos tecidos, tornando-se o desfecho final da maioria das doenças cardiovasculares⁽¹⁾. A IC é responsável por um elevado índice de hospitalizações, no Brasil os números demonstram que de janeiro de 2010 a abril de 2011, foram pagas: 346.830 Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) por Insuficiência Cardíaca de um total de 1.533.777 AIHs referentes às doenças do aparelho circulatório. Ou seja, a IC foi responsável por quase um quarto das internações causadas por doenças do aparelho circulatório e, em termos gerais, por 2,24% das internações hospitalares por qualquer outra patologia, no referido período⁽²⁾.

Considerando a relevância da IC, destaca-se o

papel central do enfermeiro na atenção ao paciente, na medida em que avalia e identifica as repostas humanas afetadas, estabelece diagnósticos de enfermagem, propõe, executa e avalia os resultados das intervenções de enfermagem para esta clientela^(3,4). Essas etapas constituem metodologicamente o Processo de Enfermagem (PE), uma ferramenta tecnológica que subsidia o enfermeiro na aplicação de seu conhecimento e prover as informações necessárias ao seu processo decisório no gerenciamento da assistência e da equipe de enfermagem⁽⁵⁾.

Considera-se que a prática profissional de enfermagem ainda é desenvolvida em muitas unidades de saúde sem o registro do processo de enfermagem, sobretudo na etapa de diagnóstico de enfermagem, que consiste na interpretação dos dados coletados formulando proposições que subsidiarão a tomada de decisão do enfermeiro e nortearão as intervenções propostas⁽⁶⁾.

A aplicação do PE e seu consequente registro no prontuário do paciente estão regulamentados

¹Trabalho financiado pelos próprios pesquisadores, sem publicação anterior em congressos ou revistas científicas.

*Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela EEAN/UFRJ. E-mail: silviamarialins@gmail.com

**Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Médico - Cirúrgica da EEAAC/UFF. E-mail: fatahelen@terra.com.br

***Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Médico - Cirúrgica da EEAAC/UFF. E-mail: claropatrícia@yahoo.com.br

****Enfermeiro. Mestre em Enfermagem pela EEAAC/UFF. E-mail: luizfialho@hotmail.com

pela Resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Sua implantação requer o suporte conceitual de uma teoria e pode ser facilitada pela utilização de uma classificação ou linguagem padronizada dos termos empregados na prática profissional, considerando que essa utilização subsidia a comparação de dados, a mensuração dos resultados alcançados e uma prática baseada em evidências^(6,7). Nesse sentido, não existe uma linguagem padronizada única subsidiando o registro de enfermagem em todo o território nacional, ainda que a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem- CIPE[®] tenha sido criada pelo Conselho Internacional de Enfermagem para unificar as linguagens existentes e que a Associação Brasileira de Enfermagem estimule a sua adoção.

O uso da CIPE[®] contempla todos os elementos do processo de decisão clínica do enfermeiro: o que fazer (intervenções) em função das necessidades humanas apresentadas (diagnósticos) para alcançar um resultado satisfatório (resultados)⁽⁷⁾. De acordo com a CIPE[®], um Diagnóstico de Enfermagem consiste em uma declaração dada por uma enfermeira que toma uma decisão sobre um fenômeno apresentado por um paciente, após avaliação do mesmo⁽⁸⁾.

A importância da CIPE[®] é tamanha que, em 2008, a Organização Mundial de Saúde (OMS) a reconheceu como integrante da sua Família de Classificações Internacionais (FCI-OMS)⁽⁸⁾. No entanto, no Brasil sua utilização ainda encontra-se polarizada entre duas regiões brasileiras: os Estados do Paraná e da Paraíba. No primeiro, a CIPE[®] é utilizada na atenção primária pela Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Curitiba; e na Paraíba faz parte de um amplo projeto de implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) do hospital universitário local conduzido pelo Centro de Pesquisa e Desenvolvimento da CIPE[®] da Universidade Federal da Paraíba. Para além destes dois polos, as pesquisas são embrionárias e sua utilização na prática clínica é praticamente inexistente⁽⁹⁾.

Tendo em vista a necessidade de implantação, implementação e consequente registro do Processo de Enfermagem na Instituição em que a presente pesquisa foi

realizada, inicialmente foi feita uma revisão da literatura na base de dados LILACS, da Biblioteca Virtual em Saúde, com os descritores: *Diagnóstico de Enfermagem and Insuficiência Cardíaca*, utilizando o campo descritor de assunto e sem aplicação de outros filtros.

Foram localizados sete artigos com a descrição dos diagnósticos de enfermagem para a insuficiência cardíaca, no entanto, em nenhum deles a CIPE[®] foi a linguagem de escolha para tal descrição, bem como, apenas um artigo apresentava a implementação dos diagnósticos na consulta de enfermagem⁽⁴⁾, os demais abordavam o levantamento de diagnósticos e de suas características definidoras.

Ainda que a literatura não aponte iniciativas de implementação de diagnóstico de enfermagem na prática clínica, o conhecimento prévio de um subconjunto de diagnósticos de enfermagem padronizados e para uma clientela específica, pode facilitar o registro do processo de enfermagem e contribuir para qualificar a assistência prestada.

Nesse sentido, o presente estudo teve por objetivo identificar os diagnósticos de enfermagem mais prevalentes nos pacientes com IC internados na unidade coronariana. Uma vez descritos, estes diagnósticos permitirão intervenções direcionadas à minimização de agravos comuns, decorrentes da doença, de maneira mais objetiva, eficiente e individualizada. Além disso, espera-se contribuir para a padronização da linguagem utilizada pela equipe de enfermagem, no referido contexto hospitalar.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal e descritivo realizado por meio de uma análise documental retrospectiva, que foi desenvolvido na unidade coronariana de um hospital universitário do Estado do Rio de Janeiro. Sua população foi composta pelos pacientes admitidos na referida unidade com diagnóstico primário de Insuficiência Cardíaca no período compreendido entre julho e dezembro de 2010.

A amostra não probabilística de conveniência foi composta por todos os pacientes com insuficiência cardíaca atendidos na unidade

coronariana durante os seis meses de coleta de dados. Nesse período, a referida unidade funcionava com apenas quatro leitos para atendimento de diversas patologias cardiovasculares; e, assim, a amostra foi composta por quinze pacientes, que tendo em conta a demanda de atendimento da unidade, é uma quantidade representativa da população local.

Nos prontuários, foram analisados os registros médicos e de enfermagem, dos plantões noturnos e diurnos, dos cinco primeiros dias de internação de cada paciente. Essa análise buscava detectar áreas de atenção relevante para a enfermagem, evidências clínicas e/ou fatores de risco, que denotassem uma resposta humana capaz de constituir um diagnóstico de enfermagem.

Assim, foram avaliadas 265 evoluções e, dentre elas, 12 não registravam nenhum dado relevante para a enfermagem; entretanto, nas 253 restantes foram encontradas 1393 evidências clínicas ou fatores de risco que indicavam respostas humanas ou apresentavam riscos para os pacientes. Considerando que uma mesma evidência apresentava-se com diferentes formas de registro, como no seguinte caso: hiperglicemia ou níveis glicêmicos elevados; esses exemplos foram reduzidos por semelhança, de tal forma que uma mesma resposta humana fosse escrita de maneira uniforme, totalizando 86 termos.

Tais evidências foram catalogadas e tiveram suas frequências registradas no programa *Microsoft Office Excel 2007*. As evidências clínicas e/ou fatores de risco que corroboravam para o julgamento clínico do enfermeiro e consequente construção de um diagnóstico de enfermagem foram agrupados e suas frequências somadas. A formulação das declarações diagnósticas ocorreu a partir do mapeamento cruzado e das diretrizes da CIPE[®] versão 2, ou seja, foi utilizado um termo do eixo *foco* e um termo do eixo *julgamento*.

Uma vez que se buscavam os diagnósticos de enfermagem mais comuns aos pacientes, com o propósito futuro de construção de um protocolo para a unidade, foram considerados representativos os diagnósticos de enfermagem que obtiveram uma frequência $\geq 50\%$, por meio de uma estatística descritiva simples. Os

diagnósticos foram construídos conjuntamente por dois enfermeiros com experiência de cinco anos em cardiologia e um professor de enfermagem com expertise na área para a elaboração dos diagnósticos em busca de consenso entre os pares.

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do hospital universitário, como preconizado pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa por meio da Resolução 196/96 (que trata de pesquisas envolvendo seres humanos), e recebeu aprovação em 17 de dezembro de 2010, sob o Protocolo nº 0238.0.258.000-10.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quanto à caracterização da clientela, sete (46,6%) eram do sexo feminino e oito (53,3) do sexo masculino, já a média de idade apresentada foi de 58,9 anos. Considera-se fator predisponente para o desenvolvimento da doença idade abaixo de 65 anos⁽¹⁰⁾. Neste estudo, dez (66,6%) pacientes encontravam-se na Classe Funcional III e três (20%) na Classe Funcional IV, o que é esperado por tratar-se de pacientes hospitalizados e os episódios de descompensação cardíaca ocorrerem com maior frequência a partir da Classe III⁽¹⁰⁾.

No estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem, foram somadas as frequências das evidências clínicas e os fatores de risco que evidenciavam tal diagnóstico.

O diagnóstico de enfermagem **Baixo débito cardíaco** foi evidenciado em 94,23% das evoluções analisadas. Débito Cardíaco significa “Status Cardíaco: Quantidade de sangue ejetado do ventrículo esquerdo, por minuto”⁽⁸⁾. Esse diagnóstico foi formulado a partir da constatação das seguintes evidências clínicas: hipocoloração, taquicardia sinusal, ritmo cardíaco irregular, perfusão periférica lentificada, terceira bulha, fadiga, bradcardia, inquietação e cianose.

A incapacidade do coração em manter um débito cardíaco adequado é evidenciada por diversos sinais e sintomas. A palidez cutânea, bem como a cianose ocorrem quando há uma redução do fluxo sanguíneo oxigenado^(11,12). Quando se encontra em bradicardia, o coração possui um tempo maior de diástole e, consequentemente, um tempo maior de

enchimento; no entanto, batimentos inferiores a 40bpm não são suficientes para manter um bom débito cardíaco. A situação contrária também inviabiliza um DC adequado, pois a taquicardia acima de 150bpm não permite um enchimento ventricular ideal em função de um tempo diastólico muito curto^(3,11). A presença da 3ª bulha, ou ritmo de galope, geralmente é originada no ventrículo esquerdo, sendo considerada comum em pacientes com IC e, em conjunto com um ritmo cardíaco irregular, provocam uma diminuição do débito cardíaco^(3,12).

Um estudo realizado em um centro de referência para cardiologia verificou que dos 38 pacientes avaliados com insuficiência cardíaca, vinte e sete (71,1%) possuíam o diagnóstico de débito cardíaco diminuído. Dentre as características que evidenciavam tal diagnóstico, destacaram-se a alteração do ritmo cardíaco, bradicardia ou taquicardia, a presença de terceira bulha e a redução da fração de ejeção⁽¹³⁾. Por sua vez, outro estudo de revisão sistemática trouxe como características desse diagnóstico, além dos já citados, a diminuição da perfusão periférica, fadiga, pele fria e hipocoloração⁽¹⁴⁾.

O segundo diagnóstico de enfermagem levantado foi **Troca Gasosa Prejudicada**, com uma frequência de 84,97%. Troca Gasosa significa “Processo do Sistema Respiratório: Troca alveolar de oxigênio e dióxido de carbono, equilíbrio na perfusão ventilatória associado ao efeito da respiração, coloração da pele e nível de energia”⁽⁸⁾. Esse diagnóstico foi formulado a partir da constatação das seguintes evidências clínicas: ruídos adventícios, murmúrios vesiculares diminuídos ou abolidos, baixa saturação O₂, secreção em via aérea e congestão pulmonar.

Todos esses problemas relatados interferem desfavoravelmente na troca de gases. Na fisiopatologia da IC, a redução do débito cardíaco e o acúmulo de sangue, a montante de um ou dos dois ventrículos, serão os fundamentos de todas as manifestações clínicas que se seguem. O acúmulo de líquidos observado na IC ocorre em função dos seguintes mecanismos de adaptação: 1 – aumento na pressão e volume diastólico final do ventrículo; 2 – aumento na pressão e volume do átrio correspondente ao ventrículo deficiente; 3 –

contração mais vigorosa do átrio; 4 – aumento da pressão nos leitos venoso e capilar a montante do ventrículo comprometido e, por fim, 5 – aumento da transudação de fluidos dos vasos para o espaço intersticial, seja ele pulmonar ou sistêmico. Essa sequência de eventos é a principal responsável pelo acúmulo de líquidos característicos da IC que culminarão em congestão pulmonar, derrame pleural, diminuição dos murmúrios vesiculares e na presença de ruídos adventícios⁽¹¹⁾.

Pesquisa desenvolvida com 37 pacientes hospitalizados, portadores de insuficiência cardíaca, avaliou o grau de comprometimento da troca gasosa efetuada nos indivíduos e identificou como indicadores clínicos para o diagnóstico de Troca Gasosa Prejudicada a profundidade, a alteração da frequência respiratória e a ortopneia⁽¹⁵⁾.

Como terceiro diagnóstico de enfermagem tem-se o **Risco para Infecção**, com uma frequência de 72,33%. Infecção consiste em “Processo Patológico: Invasão do corpo por microrganismos patogênicos que se reproduzem e multiplicam, originando doenças por lesão celular local, secreção de toxina ou reação antígeno-anticorpo”⁽⁸⁾. As evidências que permitiram o levantamento de tal diagnóstico foram: acesso venoso periférico, sonda vesical de demora e acesso venoso profundo.

Associada ao cateter periférico, a principal complicação é a flebite. Essa consiste numa inflamação venosa em função de uma irritação química, ou mecânica, e seus sintomas são a vermelhidão da área em torno do cateter, a elevação da temperatura local da pele, a presença de edema e dor local e, às vezes, secreção⁽¹⁶⁾. O acesso venoso central, por sua vez, é responsável por infecção de corrente sanguínea (ICS), que ocorre quando o germe encontrado no local de inserção do cateter alcança a corrente sanguínea provocando bacteremia, podendo resultar em septicemia⁽¹⁷⁾. Por último, a sonda vesical de demora (SVD) encontra-se associada à infecção de trato urinário, uma das mais comuns no ambiente hospitalar, que é responsável por 40% das infecções hospitalares⁽¹²⁾.

Este diagnóstico de enfermagem não guarda relação direta com a IC, mas com o fato de tratar-se de pacientes hospitalizados em uma

unidade coronariana e que para controle dos sintomas necessitam submeter-se a procedimentos invasivos. Em um estudo realizado com 60 pacientes hospitalizados numa unidade médico-cirúrgica, 58,3% apresentavam risco para infecção, tendo sido esse diagnóstico de enfermagem mais frequente na pesquisa⁽¹⁸⁾. A visão holística do paciente requer que todos os diagnósticos a ele associados sejam relatados e discutidos.

Em quarto lugar, foi levantado o diagnóstico de enfermagem **Volume de Líquido Aumentado** com uma frequência de 67,98%. Volume de Líquido significa “Status Nutricional: soma de processos corporais e mecanismos homeostáticos envolvidos na regulação de retenção e eliminação de fluídos corporais tais como a quantidade e equilíbrio de água e eletrólitos nos compartimentos intracelulares do corpo”⁽⁸⁾. As evidências que permitiram o levantamento de tal diagnóstico foram: edema de membros inferiores, edema generalizado, dor hipocôndrio direito, turgência jugular a 45°, distensão abdominal, congestão hepática e congestão pulmonar.

A diminuição do débito cardíaco desencadeia um mecanismo compensatório de ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona que impede a eliminação de sódio e provoca a retenção de água. Além desse mecanismo, a elevação na pressão de enchimento ventricular provoca uma transudação de líquido a montante do ventrículo comprometido que causa uma congestão tecidual. A maior retenção de líquidos associada a um mecanismo que provoca o seu extravasamento é a causa fundamental da formação do edema⁽¹¹⁾.

O acúmulo de líquidos é responsável pela hepatomegalia e pelo fígado doloroso. A presença da turgência jugular a 45° indica uma elevação da pressão venosa no sistema da veia cava superior e denota a incapacidade do ventrículo em adaptar-se a maior quantidade de sangue oferecido^(11,13). Estudo de validação do diagnóstico Volume de líquido excessivo, realizado no Rio Grande do Sul com 32 pacientes, apresentou como evidências clínicas para o referido diagnóstico de enfermagem a dispneia, ortopneia, edema, refluxo hepatojugular positivo, congestão pulmonar, hepatomegalia e distensão de veia jugular⁽¹⁹⁾.

O último diagnóstico de enfermagem levantado foi **Ventilação Prejudicada**, com uma frequência de 57,35%. Ventilação significa “Processo do Sistema Respiratório: Mover o ar para dentro e para fora dos pulmões com certo padrão e ritmo respiratório, profundidade de inspiração e força de expiração”⁽⁸⁾. As evidências que permitiram o levantamento de tal diagnóstico foram: dispneia, tosse seca, ortopneia, expansão pulmonar diminuída e tempo inspiratório aumentado.

Um dos principais sintomas da IC é a dispneia, que consiste no ato consciente e penoso de respirar. Ela está associada à congestão pulmonar nos pacientes com IC e sua gravidade varia conforme a capacidade do paciente em executar atividades diárias. A ortopneia ocorre quando a dispneia acontece na posição horizontal, ou reclinada, e o alívio só se torna possível pela elevação do decúbito. No caso de pacientes com IC, a tosse não produtiva pode ser considerada como uma dispneia por estar intimamente associada à congestão pulmonar e, em geral, o uso de diuréticos alivia os sintomas^(11,13).

Os diagnósticos de enfermagem aqui levantados se encontram em consonância com recente levantamento realizado em um estudo sobre diagnósticos e intervenções de enfermagem para Insuficiência Cardíaca, utilizando a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Nesse estudo, as afirmativas diagnósticas foram construídas a partir da literatura e distribuídas de acordo com os principais sintomas da IC. O baixo débito cardíaco foi relacionado à taquicardia, a troca gasosa prejudicada e a ventilação prejudicada foram associadas à dispneia e o volume de líquido aumentado foi referido ao edema⁽²⁰⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O enfermeiro, no dia a dia do seu trabalho, especificamente na unidade coronariana, toma decisões a partir do julgamento clínico sobre as respostas humanas apresentadas pelos pacientes, construindo seus diagnósticos de enfermagem, planejando e implementando suas intervenções. Para tanto, é fundamental que os profissionais envolvidos neste cuidado estejam preparados para o reconhecimento destes problemas e

capacitados a desenvolver um julgamento correto.

Uma limitação importante para a realização deste trabalho foi a escassez de informações contidas nos registros médicos e de enfermagem. Fato que restringiu os diagnósticos construídos apenas às necessidades biológicas do indivíduo, e, mesmo assim, não foram plenamente contempladas. Apesar disso, este estudo caracterizou o início de um movimento para implantação e registro do processo de enfermagem na unidade coronariana em que se

desenvolveu, tendo assim contribuído para o aprimoramento do processo de trabalho e da assistência prestada.

Por fim, ressaltamos a importância da continuidade de realizar estudos que promovam a uniformização da linguagem da prática profissional e facilite o registro do Processo de Enfermagem. De forma que seja possível a comparação de dados, a mensuração dos resultados e a prática de uma enfermagem baseada em evidências.

NURSING DIAGNOSIS FOR PATIENTS WITH HEART FAILURE IN CORONARY UNIT

ABSTRACT

The need for application and registration of nursing process at hospital motivated the present study that aimed to identify nursing diagnoses more prevalent in patients with heart failure (HF) admitted to the coronary care unit of a university hospital. This is a cross-sectional, descriptive study using a retrospective documentary analysis. The nursing diagnoses were made from clinical evidence of medical and nursing records contained in the patient's records. To formulate the diagnostic statement were used the language of the International Classification for Nursing Practice - ICNP® Version 2. The nursing diagnoses identified were: Low cardiac output, Gas exchange impaired, Risk of infection, Increased liquid volume and Ventilation impaired. These diagnoses are closely related to the pathophysiology of the disease and include the individual's biological needs, however the records contained in the patient records were insufficient to cover all known affected needs presented by patients.

Keywords: Heart failure. Nursing Process. Nursing Diagnosis.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA EN LA UNIDAD CORONARIA

RESUMEN

La necesidad de la aplicación y registro del Proceso de Enfermería en el hospital motivó el presente estudio que tuvo como objetivo identificar los diagnósticos de enfermería más frecuentes en los pacientes con insuficiencia cardíaca (IC), ingresados en la unidad coronaria de un hospital universitario. Se trata de un estudio transversal, descriptivo, realizado mediante un análisis documental retrospectivo. Los diagnósticos de enfermería fueron hechos de evidencia clínica de registros médicos y de enfermería identificados que figuran en los registros médicos. Para formular la declaración de diagnóstico se utilizó el lenguaje de la Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería - CIPE® Versión 2. Los diagnósticos de enfermería identificados fueron: Bajo gasto cardíaco, Deterioro del intercambio gaseoso, Riesgo de infección, El aumento de volumen de líquido e Deterioro de la ventilación. Estos diagnósticos están estrechamente relacionados con la fisiopatología de la enfermedad e incluyen las necesidades biológicas de la persona, sin embargo los registros contenidos en las historias clínicas no fueron suficientes para cubrir todas las necesidades conocidas y presentadas por los pacientes.

Palabras clave: Insuficiencia Cardíaca. Procesos de Enfermería. Diagnóstico de Enfermería.

REFERÊNCIAS

1. Castro RA, Aliti GB, Linhares JC, Rabelo ER. Adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca em um hospital universitário. *Rev Gaúcha Enferm.* 2010; 31(2):255-31.
2. Ministério da Saúde (BR), Banco de Dados do Sistema Único de Saúde – DATASUS. [Internet] 2011 [acesso em: 1 jul 2011]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/niuf.def>
3. Bocchi EA, Marcondes-Braga FG, Ayub-Ferreira SM, Rohde LE, Oliveira WA, Almeida DR, et al. Sociedade

- Brasileira de Cardiologia. III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. *Arq Bras Cardiol.* 2009; 93 supl. 1:1-71.
4. Cavalcanti ACD, Correia DMS, Queluci GC. A implantação da consulta de enfermagem ao paciente com insuficiência cardíaca. *Rev Eletr enferm.* 2009; 11(1): 194-9.
5. Truppel TC, Meier MJ, Calixto RC, Peruzzo SA, Crozeta K. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev bras enferm.* 2009; 62(2): 221-7.
6. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução nº 358/2009, Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a Implementação do Processo de

- Enfermagem. [Internet] 2011 [acesso em: 1 jul 2011]. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br>
7. Garcia TR, Nóbrega MML, Coler MS. Centro CIPE® do programa de pós-graduação em enfermagem de UFPB. *Rev bras enferm.* 2008; 61(6): 888-91.
8. Conselho Internacional de Enfermeiros. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem versão 2ª ed. São Paulo: Algor; 2011.
9. Lins SMSB, Espírito Santo FH, Fuly PSC. Aplicabilidade da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem no Brasil. *Cienc cuid Saude.* 2011; 10(2): 359-65.
10. Aliti GB, Linhares JCC, Linch GFC, Ruschel KB, Rabelo ER. Sinais e sintomas de pacientes com insuficiência cardíaca descompensada: inferência dos diagnósticos de enfermagem prioritários. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011; 32(3):590-5.
11. Braunald E, Bonow RO, Mann DL, Libby P, Zipes DP. Tratado de doenças cardiovasculares. 8ª ed. São Paulo: Elsevier; 2009.
12. Bare BG, Smeltezer SC. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
13. Matos LN, Guimarães TCF, Brandão MAG, Santoro DC. Prevalência do diagnóstico de enfermagem de débito cardíaco diminuído e valor preditivo das características definidoras em pacientes em avaliação para transplante cardíaco. *Rev Latino-Am. Enfermagem.* [periódico na Internet]. 2012 mar- abr [acesso em: 17 abr 2013]; 20(2): [9 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/pt_13.pdf
14. Souza V, Zeitoun SS, Barros ALBL. Débito Cardíaco Diminuído: Revisão sistemática das Características Definidoras. *Acta Paul Enferm.* [periódico na Internet]. 2011 [; 24(1): 114-9 [acesso em: 17 abr 2013]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n1/v24n1a17.pdf>
15. Sousa V E C, Montoril M H, Pascoal L M, Lopes M V O. Avaliação da troca gasosa de pacientes com insuficiência cardíaca congestiva. *Cogitare enferm.* 2010; 15(4):681-7.
16. Department of health and human services USA. Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. [Internet] 2011 [acesso em: 1 jul 2011]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/bsi-guidelines-2011.pdf>.
17. Araújo AM, Vieira DM, Barreiros LL, Izoton MG, Souza IF. Risco de infecções da corrente sanguínea relacionadas ao cateter em UTI. *Webartigos.com* [Internet]. 2011 [acesso em: 17 jul 2011]. Disponível em: <http://www.webartigos.com/articles/16102/1/risco-de-infeccoes-da-corrente-sanguinea-relacionadas-ao-cateter-em-uti/pagina1.html>
18. Volpato MP, Cruz DALM. Diagnóstico de enfermagem de pacientes internadas em unidade médico-cirúrgica. *Acta Paul Enferm.* 2007; 20(2):119-24.
19. Martins QCS, Aliti GB, Linhares JCC, Rabelo ER. Volume de líquidos excessivo: validação clínica em pacientes com insuficiência cardíaca descompensada. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* [periódico na Internet] 2011; 19(3): 08 telas [acesso em: 18 abr 2013]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_13.pdf
20. Araújo AA, Nóbrega MML, Garcia TR. Diagnósticos e intervenções de enfermagem para pacientes portadores de insuficiência cardíaca congestiva utilizando a CIPE. *Rev Esc Enferm USP.* [periódico na Internet] 2013; 47(2):385-92 [acesso em: 12 jul 2013]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/16.pdf>.

Endereço para correspondência: Sílvia Maria de Sá Basilio Lins. Rua Bento Lisboa, N 120 Bl 02 Apt 1110, Catete. CEP: 22221-011. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Data de recebimento: 18/09/2012

Data de aprovação: 20/06/2013