

## CONSENSO PELO MÉTODO DELPHI DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PRIORITÁRIOS PARA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA\*

Consensus on the Delphi method of priority nursing diagnosis for heart failure in primary care\*

Consenso sobre el método Delphi de diagnóstico de enfermería prioritario para insuficiencia cardíaca en atención primaria\*

\* Artigo extraído da Tese de Doutorado intitulada “Abordagem da insuficiência cardíaca na atenção primária: o uso de diagnósticos de enfermagem prioritários como uma estratégia para o cuidado” de Dayse Mary da Silva Correia, sob orientação da Prof<sup>a</sup> Dra Maria Luiza Garcia Rosa.

Dayse Mary da Silva Correia<sup>1</sup>, Ana Carla Dantas Cavalcanti<sup>2</sup>, Gisella de Carvalho Queluci<sup>3</sup>, Ana Karine Ramos Brum<sup>4</sup>, Juliana de Melo Vellozo Pereira Tinoco<sup>5</sup>, Maria Luiza Garcia Rosa<sup>6</sup>

### Como citar este artigo:

Correia DMS, Cavalcanti ACD, Queluci GC, Brum AKR, Tinoco JMVP, Rosa MLG. Consenso pelo método Delphi de diagnósticos de enfermagem prioritários para insuficiência cardíaca na atenção primária. 2021 jan/dez; 13:952-959. DOI: <http://dx.doi.org/0.9789/2175-5361.rpcf.v13.9687>.

## RESUMO

**Objetivo:** descrever e analisar o processo da seleção dos diagnósticos de enfermagem prioritários para o cuidado enfermagem aos indivíduos nos diferentes estágios de insuficiência cardíaca, na atenção primária. **Método:** trata-se de um recorte de pesquisa, constituído por fase metodológica, com a aplicação da técnica Delphi junto a especialistas referente a 176 diagnósticos de enfermagem segundo a Taxonomia NANDA-I no período de dezembro de 2012 a julho de 2013. **Resultados:** 144 diagnósticos foram identificados como não prioritários e 32 foram selecionados como diagnósticos de enfermagem prioritários, agregados neste estudo como: “sinal de gravidade”; “conhecimento/atitude/prática”; “sintoma”; e “risco”. **Conclusão:** o mapa gerado por esse esforço fez-se

- 1 Doutora em Ciências Cardiovasculares. Docente do Departamento de Fundamentos de Enfermagem e Administração e do Programa Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde (PACCS) da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense (UFF). Líder do Grupo de Enfermagem e Pesquisa em Hipertensão Arterial Sistêmica (GEPHAS\_UFF).
- 2 Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Fundamentos de Enfermagem e Administração e do Programa Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde (PACCS) da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense (UFF).
- 3 Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem Fundamental da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).
- 4 Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Fundamentos de Enfermagem e Administração e do Mestrado Profissional de Ensino da Saúde (MPES) da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense (UFF).
- 5 Mestre em Ciências Cardiovasculares. Enfermeira Assistencial do Centro de Terapia Intensiva do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP) da Universidade Federal Fluminense (UFF).
- 6 Doutora em Saúde Pública. Docente do Instituto de Saúde Coletiva e do Programa de Pós-graduação em Ciências Cardiovasculares da Universidade Federal Fluminense (UFF).

útil para orientar a busca da prevalência de cada diagnóstico e sobretudo para propor intervenções em saúde na atenção primária direcionadas às necessidades dos indivíduos saudáveis, com diagnóstico clínico de insuficiência cardíaca ou com risco para o seu desenvolvimento.

**DESCRITORES:** Insuficiência cardíaca; Promoção da saúde; Diagnóstico de enfermagem.

## ABSTRACT

**Objective:** to describe and analyze the process of selecting priority nursing diagnoses for nursing care for individuals in different stages of heart failure in primary care. **Method:** this is a research clipping, consisting of a methodological phase, with the application of the Delphi technique with specialists referring to 176 nursing diagnoses according to the NANDA-I Taxonomy from December 2012 to July 2013. **Results:** 144 diagnoses were identified as non-priority and 32 were selected as priority nursing diagnoses, aggregated in this study as: “sign of severity”; “Knowledge / attitude / practice”; “symptom”; and “risk”. **Conclusion:** the map generated by this effort became useful to guide the search for the prevalence of each diagnosis and, above all, to propose health interventions in primary care aimed at the needs of healthy individuals, with a clinical diagnosis of heart failure or at risk for their development.

**DESCRIPTORS:** Heart failure; Health Promotion; Nursing diagnosis.

## RESUMEN

**Objetivo:** describir y analizar el proceso de selección de diagnósticos de enfermería prioritarios para el cuidado de enfermería para individuos en diferentes etapas de insuficiencia cardíaca en atención primaria. **Método:** este es un recorte de investigación, que consiste en una fase metodológica, con la aplicación de la técnica Delphi con especialistas que se refieren a 176 diagnósticos de enfermería de acuerdo con la taxonomía NANDA-I desde diciembre de 2012 hasta julio de 2013. **Resultados:** se identificaron 144 diagnósticos como no prioritarios y 32 se seleccionaron como diagnósticos de enfermería prioritarios, agregados en este estudio como: “signo de gravedad”; “Conocimiento / actitud / práctica”; “Síntoma”; y “riesgo”. **Conclusión:** el mapa generado por este esfuerzo se volvió útil para guiar la búsqueda de la prevalencia de cada diagnóstico y, sobre todo, para proponer intervenciones de salud en atención primaria dirigidas a las necesidades de individuos sanos, con un diagnóstico clínico de insuficiencia cardíaca o en riesgo de padecerlos desarrollo.

**DESCRIPTORES:** Insuficiencia cardíaca; Promoción de la salud; Diagnóstico de enfermería.

## INTRODUÇÃO

A insuficiência cardíaca (IC) é uma complexa síndrome clínica, frequentemente de difícil diagnóstico, baseada em um *continuum cardiovascular*, com início na presença de fatores de risco, por conseguinte com mudanças na estrutura e na função cardíaca, do modo assintomático para o sintomático, evoluindo para um prognóstico ruim.<sup>1</sup> Está associada à alta morbimortalidade, sendo responsável por elevado custo no sistema de saúde. E tem uma mortalidade hospitalar, que varia entre 6,0%<sup>2</sup> a 9,5%<sup>3</sup>, com um período médio de internação de 5,8 dias, e uma estimativa de 2 milhões de brasileiros acometidos. Desta forma, há uma estimativa de que o custo anual no país seja acima de 200 milhões de reais.<sup>2</sup>

A prevalência estimada de indivíduos com IC no mundo é de 23 milhões, com 2 milhões de casos diagnosticados por

ano<sup>4</sup>, dentre estes, aproximadamente 240 mil casos novos no Brasil.<sup>3</sup> Na maioria dos países, a prevalência vem aumentando devido ao binômio envelhecimento populacional, e maior eficácia do tratamento das condições crônicas que levam à IC, assim como da própria IC.<sup>5</sup> Contudo, há evidências escassas acerca da sua prevalência na atenção primária.

Em destaque na América Latina, há o Estudo Digitalis, uma pesquisa epidemiológica, no município de Niterói (RJ), na qual se identificou entre os 633 participantes com idade  $\geq 45$  anos, uma prevalência alarmante de 79% dos indivíduos com risco para o desenvolvimento da insuficiência cardíaca no Programa Médico de Família.<sup>6</sup> No perfil sociodemográfico foi observado predominantemente o sexo feminino (47%), negros ou pardos (46,2%), idade entre 45 e 69 anos (62%), grau de escolaridade de até o 5º ano (32%). E para os fatores de risco maiores para o desenvolvimento da insuficiência cardíaca encontrou-se 62% de indivíduos hipertensos, 53% diabéticos, 26% obesos e 7% com doença arterial coronariana.<sup>6</sup>

A IC na atenção primária possui uma classificação recomendada para os indivíduos em seus diferentes estágios<sup>7</sup>, denominado como estágio 0 (saudáveis); estágio A (presença de fatores de risco para desenvolver IC); estágio B (com doença cardíaca estrutural, mas sem sinais ou sintomas de IC); no estágio C (com sintomas atuais ou anteriores de IC associados com doença cardíaca estrutural subjacente).

Logo, o enfermeiro como membro da equipe multidisciplinar e com diversas atribuições dentro desta equipe, deve ter como foco o desenvolvimento de modelos assistenciais que priorizem a lógica de cuidado baseado nas necessidades dos pacientes.<sup>8</sup>

No Processo de Enfermagem, o uso do diagnóstico de enfermagem possibilita o planejamento das intervenções de enfermagem para o alcance de melhores resultados,<sup>9</sup> pois não visa o diagnóstico da doença, mas as respostas do indivíduo, família e comunidade aos problemas de saúde reais e potenciais<sup>10</sup>, subsidiando ações que possam diminuir os riscos, o sofrimento do indivíduo, e melhorando a qualidade de vida diante do enfrentamento às doenças.

Contudo, para o enfermeiro na atenção primária que “cuida” do indivíduo, na comunidade, considera-se útil e adequado transpor o conceito de diagnóstico de enfermagem prioritário, ou seja, aquele que tem precedência sobre os demais visando atingir metas. Além disso, aquele que se propõe minimizar, interromper ou impedir o desenvolvimento e a evolução de uma doença.<sup>9</sup>

Entretanto, não havia evidências de estudos que identificassem estes diagnósticos de enfermagem na atenção primária, dificultando o desenvolvimento de um modelo assistencial a ser proposto.

Nesta perspectiva, os objetivos do estudo aqui apresentados é o de descrever e analisar o processo da seleção dos diagnósticos de enfermagem prioritários para o cuidado enfermagem aos pacientes nos diferentes estágios de insuficiência cardíaca, na atenção primária.

## MÉTODOS

Trata-se de um recorte de pesquisa, constituído por fase metodológica, com a aplicação da técnica Delphi, para a

seleção de diagnósticos de enfermagem prioritários para IC. A referida técnica pode ser definida como um *método sistematizado de julgamento de informações, utilizado para obter consenso de especialistas sobre determinado tema, por meio de validações articuladas em fases ou ciclos*.<sup>11,12</sup>

É caracterizada pelo anonimato, interação com feedback controlado, respostas com informações estatísticas e o conhecimento que o expert traz para o grupo. O estudo original da aplicação da técnica sugere quatro rodadas e mais recentemente foi proposto haver duas ou três rodadas, dependendo do assunto de interesse.<sup>11,12</sup>

O processo envolveu 05 (cinco) experts, sendo quatro enfermeiras (3 doutoras e 1 mestre) e uma doutora médica epidemiologista, no período de dezembro de 2012 a julho de 2013. E para tal, foram considerados como critérios de inclusão: atuação com insuficiência cardíaca, aproximação com ensino, pesquisa e extensão, área geográfica, publicação com diagnósticos de enfermagem, segundo NANDA -I<sup>10</sup>.

Após a formação do grupo, foi enviado inicialmente por e-mail, um documento para nivelamento de conhecimento sobre a IC na atenção primária; e definição do conceito de diagnóstico prioritário a ser adotado e para o esclarecimento dos procedimentos para o consenso, bem como todo material para as rodadas propriamente ditas.

Logo, na primeira rodada, foi enviado uma planilha com os 176 diagnósticos de enfermagem, de um total de 214 diagnósticos da taxonomia NANDA-I.<sup>10</sup> Tal exclusão deu-se devido à 38(trinta e oito) diagnósticos, associados a pacientes hospitalizados, lactentes e crianças, a saber: no domínio Nutrição foram excluídos 3(três) relativos à amamentação e icterícia; no domínio Papéis e Relacionamentos, excluídos 16 (dezesseis) diagnósticos sobre amamentação, maternidade, paternidade, processos familiares e relacionamentos; no domínio Reprodução, excluídos 4(quatro) diagnósticos sobre criação de filhos; no domínio Enfrentamento/ Tolerância excluídos 6(seis) diagnósticos abordando lactentes; no domínio Segurança e Proteção foram excluídos 02(dois), respectivamente voltados para pacientes graves e pós-cirurgia. Além disso, foram excluídos sete diagnósticos que necessitavam de contato mais prolongado com o paciente,

realização de exames ou testes para a definição de sua presença nos seguintes domínios: Conforto (2), Atividade e Repouso (2), Percepção/ Cognição (2), e Papéis e Relacionamentos (1)

A cada rodada foi solicitado que os experts classificassem cada diagnóstico como prioritário (sim) ou não prioritário (não), justificando sua decisão e citando as referências bibliográficas consultadas. A partir da segunda rodada, a pesquisadora principal apresentava os DE selecionados por consenso como prioritários ou não prioritários. Os DE cuja classificação não fosse consensual eram objeto da rodada seguinte, compondo a próxima planilha a ser avaliada pelos experts.

O diagnóstico prioritário foi definido como aquele que têm precedência sobre os demais, que visam minimizar, interromper ou impedir o desenvolvimento e a evolução de uma doença.<sup>9</sup>

O presente estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina/Hospital Universitário Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense sob o parecer nº 010/2010.

A apresentação dos resultados visa refazer o trajeto de consenso, buscando desnudar a lógica de cuidado de enfermagem que perpassou o processo de seleção transcrito nas 08(oito) rodadas do Método Delphi. Assim, inicialmente são apresentados os domínios segundo o percentual de diagnósticos considerados prioritários. E a seguir, os diagnósticos prioritários, independentemente do domínio, os quais foram agregados em quatro grupos pelos autores por sua característica vis a vis à IC: 1) “Sinal de gravidade”; 2) “Conhecimento/atitude/ prática (+)/ (-)”, indicando respectivamente prevenção ou risco; 3) “Sintoma”; 4) “Risco” que se referiu a situações concretas de risco.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A classificação de diagnósticos de enfermagem da NANDA-Internacional<sup>10</sup>, em sua versão de 2009-2011, definia 13 domínios, sendo o domínio, definido “*uma esfera de conhecimentos, influências e questionamentos*”<sup>10</sup>, dos quais foram selecionados como prioritários diagnósticos de 12 domínios (Tabela 1).

**Tabela 1** - Diagnósticos de enfermagem selecionados como prioritários, segundo o Domínio, Classe e Rodada de Seleção. Niterói, 2014.

| Domínio             | Classe             | Diagnóstico Classificado como Prioritário                               | Rodada de seleção                            |   |
|---------------------|--------------------|---|--|---|
| 1.Promoção da Saúde | Percepção da Saúde | Estilo de vida sedentário   | 6  |   |
|                     |                    | Autocontrole ineficaz da saúde  | 1  |   |
|                     | Controle de Saúde  | Disposição para autocontrole da saúde melhorado                         | 5  |   |
|                     |                    | Manutenção ineficaz da saúde  | 1  |   |
| 2.Nutrição          | Ingestão           | Risco de nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais | 8  |   |
|                     |                    | Disposição para nutrição melhorada                                      | 5  |   |
|                     | Metabolismo        | Risco de glicemia instável  | 5  |   |
|                     |                    | Hidratação  | Volume de líquidos excessivo                 | 1 |
|                     |                    |   | Risco de desequilíbrio do volume de líquidos | 5 |

| Domínio                                     | Classe                                    | Diagnóstico Classificado como Prioritário      | Rodada de seleção |
|---|---|--|-------------------|
| 3. Eliminação e Troca                       | Função urinária                           | Eliminação urinária prejudicada                | 1                 |
|   | Função gastrointestinal                   | Risco de constipação                           | 6                 |
|   | Sono /repouso                             | Insônia  | 5                 |
|   | Equilíbrio de energia                     | Fadiga   | 2                 |
| 4. Atividade e Repouso                      | Respostas cardiovasculares/<br>pulmonares | Debito cardíaco diminuído                      | 1                 |
|   |   | Intolerância à atividade                       | 1                 |
|   |   | Padrão respiratório ineficaz                   | 8                 |
|   |   | Disposição para melhora do autocuidado         | 7                 |
|   | Autocuidado                               | Déficit no autocuidado para alimentação        | 7                 |
|   |   | Déficit no autocuidado para banho              | 7                 |
|   |   | Déficit no autocuidado para higiene íntima     | 7                 |
| 5. Auto-percepção                           | Autoestima                                | Déficit no autocuidado para vestir-se          | 7                 |
|   |   | Baixa autoestima situacional                   | 8                 |
| 6. Sexualidade                              | Função sexual                             | Disfunção sexual                               | 1                 |
| 7. Enfrentamento/<br>Tolerância ao estresse |   | Ansiedade                                      | 1                 |
| 8. Princípios da vida                       | Crenças                                   | Sentimento de impotência                       | 3                 |
|   |   | Disposição para bem-estar espiritual melhorado | 8                 |
| 9. Segurança/proteção                       | Infecção                                  | Risco de infecção                              | 4                 |
| 10. Papéis e relacionamentos                | Papéis do cuidador                        | Tensão do papel do cuidador                    | 8                 |
| 11. Percepção/Cognição                      | Cognição                                  | Conhecimento deficiente                        | 1                 |
|   |   | Disposição para conhecimento melhorado         | 8                 |
| 12. Conforto                                | Conforto físico                           | Disposição para melhora do conforto            | 8                 |
|   |   | Dor crônica                                    | 7                 |

Fonte: Estudo Digitalis, 2014.

Na Figura 1 exibe-se os percentuais do total de diagnósticos analisados, definidos principalmente como prioritários em ordem decrescente.

Os domínios *Atividade e Repouso* (40%) e *Promoção da Saúde* (40%) foram os que apresentaram maior quantidade de

diagnósticos de enfermagem prioritários, seguidos do domínio *Nutrição* (38,5%). *Segurança/Proteção*, *Enfrentamento/ tolerância ao estresse* e *Papéis e relacionamentos* foram os domínios com menor percentual de diagnósticos selecionados (5,%, 6,5% e 7,1%, respectivamente).

Figura 1 - Prevalência de diagnósticos prioritários e não prioritários segundo os domínios da Taxonomia NANDA-I. Niterói, 2014.



A Tabela 2 apresenta os diagnósticos prioritários por rodada de seleção, desconsiderando os domínios ou classes. Na primeira rodada foram selecionados nove diagnósticos que: a) indicavam a presença de sinais ou sintomas de gravidade da IC, denominado neste estudo de “Sinal de gravidade” (5); ou b) identificavam “conhecimentos, atitudes e práticas (-)” (3), aplicáveis a várias doenças ou síndromes crônicas, com particular importância na IC, sendo somente um diagnóstico dessa rodada como “Sintoma”. Nesse momento, o consenso foi alcançado com certa facilidade. Pode-se inferir que as rodadas seguintes foram de indecisão (rodadas 2,3 e 4),

com grande dificuldade de se chegar a um consenso, sendo selecionado somente um diagnóstico prioritário em cada uma delas: *fadiga*<sup>10</sup>, *sentimento de impotência*<sup>10</sup>, os quais classificados como “Sintoma” e *Risco de infecção*<sup>10</sup>, classificado como “Risco”. E nas rodadas 5, 6 e 7 foram selecionados 13 diagnósticos prioritários apontando para “Risco” (9) ou “Conhecimento, atitude e prática (+)” (3) e somente um referente a “Sintoma”. Na última rodada (oitava) foram selecionados sete diagnósticos prioritários: “Conhecimento, atitude e prática (+)” (3), “Risco” (2), um “Sintoma” e um “Sinal de gravidade”.

**Tabela 2 -** Diagnósticos de enfermagem selecionados como prioritários, por rodada e característica principal do diagnóstico. Niterói, 2014

| Diagnostico de enfermagem (NANDA 2009-2011)                          | Rodada de seleção | Característica do diagnostico *     |
|--|-------------------|-------------------------------------|
| Volume de líquidos excessivo   | 1                 | “Sinal de gravidade”                |
| Eliminação urinária prejudicada                                      | 1                 | “Sinal de gravidade”                |
| Debito cardíaco diminuído  | 1                 | “Sinal de gravidade”                |
| Intolerância à atividade   | 1                 | “Sinal de gravidade”                |
| Disfunção sexual   | 1                 | “Sinal de gravidade”                |
| Conhecimento deficiente  | 1                 | “Conhecimento/atitude/ prática (-)” |
| Autocontrole ineficaz da saúde                                       | 1                 | “Conhecimento/atitude/ prática (-)” |
| Manutenção ineficaz da saúde   | 1                 | “Conhecimento/atitude/ prática (-)” |
| Ansiedade  | 1                 | “Sintoma”                           |
| Fadiga   | 2                 | “Sintoma”                           |
| Sentimento de impotência   | 3                 | “Sintoma”                           |
| Risco de infecção  | 4                 | “Risco”                             |
| Disposição para autocontrole da saúde melhorado                      | 5                 | “Conhecimento/atitude/ prática (+)” |
| Disposição para nutrição melhorada                                   | 5                 | “Conhecimento/atitude/ prática (+)” |
| Risco de glicemia instável   | 5                 | “Risco”                             |
| Risco de desequilíbrio do volume de líquidos                         | 5                 | “Risco”                             |
| Insônia  | 5                 | “Risco”                             |
| Estilo de vida sedentário  | 6                 | “Risco”                             |
| Risco de constipação   | 6                 | “Risco”                             |
| Disposição para melhora do autocuidado                               | 7                 | “Conhecimento/atitude/ prática (+)” |
| Déficit no autocuidado para alimentação                              | 7                 | “Risco”                             |
| Déficit no autocuidado para banho                                    | 7                 | “Risco”                             |
| Déficit no autocuidado para higiene íntima                           | 7                 | “Risco”                             |
| Déficit no autocuidado para vestir-se                                | 7                 | “Risco”                             |
| Dor crônica  | 7                 | “Sintoma”                           |
| Risco de nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais | 8                 | “Risco”                             |
| Padrão respiratório ineficaz   | 8                 | “Sinal de gravidade”                |
| Baixa autoestima situacional   | 8                 | “Sintoma”                           |
| Disposição para bem-estar espiritual melhorado                       | 8                 | “Conhecimento/atitude/ prática (+)” |
| Tensão do papel do cuidador  | 8                 | “Risco”                             |
| Disposição para conhecimento melhorado                               | 8                 | “Conhecimento/atitude/ prática (+)” |
| Disposição para melhora do conforto                                  | 8                 | “Conhecimento/atitude/ prática (+)” |

\*Característica atribuída pelos autores

Este estudo apresentou pela primeira vez, 32 (trinta e dois) diagnósticos selecionados como prioritários na atenção primária para indivíduos com risco para o desenvolvimento da insuficiência cardíaca ou com diagnóstico clínico da doença em curso sob acompanhamento de saúde.

Observa-se que inicialmente o olhar das experts voltou-se para os sinais de gravidade e para alguns conhecimentos, atitudes e práticas que denotavam risco para a descompensação da IC, indicando que a prevenção secundária foi a primeira e maior preocupação. Vale notar que dos seis diagnósticos apontando um “Sinal de gravidade”, cinco foram definidos na primeira rodada e um na última rodada (oitava). E a seguir ocorreu um período de dúvida e falta de clareza que persistiu em três rodadas. Nas rodadas seguintes a maior preocupação foi mais uma vez a prevenção secundária e o olhar para as atitudes positivas, descritas pelos diagnósticos relatando déficit e disposição melhorada, respectivamente. Finalmente, sendo a última rodada, capaz de finalizar como prioritários diagnósticos com diferentes características. Logo, torna-se evidente de que a seleção não obedeceu a lógica dos domínios, nem mesmo aquela das classes.

## Primeira Rodada

Houve uma tendência aos diagnósticos já descritos na literatura, principalmente aqueles para estágios mais avançados.

O DE *Autocontrole Ineficaz da Saúde*<sup>10</sup>, no domínio Promoção da Saúde, foi relacionado às escolhas ineficazes na vida diária para atingir metas de saúde tão importantes na atenção primária, seja na prevenção primária, seja na prevenção secundária. A presença deste diagnóstico está descrita em pacientes com doenças crônicas, como Diabetes Mellitus<sup>13</sup>, e Hipertensão Arterial<sup>13</sup>. Entretanto, não há evidência na literatura da aplicação desse DE na abordagem da Insuficiência Cardíaca (IC) na atenção primária. Logo, como a IC tem como causa as doenças crônicas, não controlar e tratar estas doenças e seus fatores de risco deve ser investigado na população como um todo<sup>14</sup>, sugere-se intervenções no campo do déficit de conhecimento sobre a patologia e seus cuidados, favorecendo intervenções educativas, tanto de promoção à saúde, como de prevenção à descompensação da IC e conseqüentemente melhoria da qualidade de vida através do autocontrole da saúde.

Ao ser selecionado, o diagnóstico *Manutenção Ineficaz da Saúde*<sup>10</sup>, foi considerado fundamental dada a avaliação se o paciente conseguiria manter um padrão eficaz da saúde, para conseguir melhor adesão ao regime terapêutico. A partir desta primeira avaliação, o enfermeiro seria capaz de identificar fatores que influenciam a dificuldade de seguir corretamente o tratamento. Ou seja, a incapacidade de identificar, controlar e/ou buscar ajuda para manter a saúde, é prioritário porque compromete qualquer intervenção para a melhoria da qualidade de vida da pessoa com IC em qualquer estágio que o indivíduo se encontra. Muitos fatores relacionados a este diagnóstico podem comprometer os objetivos da promoção da saúde. O diagnóstico foi apoiado na característica definidora acerca da ausência de conhecimentos com relação a práticas

básicas de saúde. Sendo a investigação do uso de tabaco e álcool, essencial para avaliação do indivíduo com ou em risco para IC. Pois, torna-se imprescindível que haja mudanças na vida diária como restrição alimentar, cessação do tabagismo ou álcool, prática de atividade física regular de modo significativo e permanente no estilo de vida.<sup>15</sup>

No Domínio Nutrição, o diagnóstico *Volume de líquidos excessivo*<sup>10</sup>, tem sido descrito na literatura como recorrente para pacientes com IC<sup>16,17,18</sup>, caracterizado principalmente pela tríade de sintomas, edema, dispneia e fadiga, constituindo parte importante do exame físico cardiovascular.<sup>14</sup>

Ao ser selecionado, o DE *Eliminação Urinária prejudicada*<sup>10</sup>, houve inicialmente dúvida se o diagnóstico *Débito Cardíaco Diminuído*<sup>10</sup> poderia contemplá-lo. No entanto, o diagnóstico foi identificado como prioritário dada a associação com a IC.<sup>17</sup>

Quanto ao DE *Débito Cardíaco Diminuído*<sup>10</sup>, é um diagnóstico com muitas características definidores, e com grande associação à insuficiência cardíaca. Entretanto, com dificuldade de identificação na atenção primária.<sup>17,18</sup>

E estudos na área de diagnósticos de enfermagem comprovaram a prevalência do diagnóstico *Intolerância a atividade*<sup>10</sup> em pacientes com IC.<sup>17,18,19</sup>

Na Classe caracterizada como “Sexualidade”, o diagnóstico *Disfunção Sexual*<sup>10</sup>, os índices de disfunção erétil na IC são muito altos, alcançando o patamar de 89% em alguns estudos. A capacidade limitada de exercícios físicos e a doença coronariana são consideradas os principais mecanismos de disfunção erétil na IC. Mesmo que os pacientes tenham dificuldades em abordar este assunto em uma consulta, nota-se a preocupação em relação à sexualidade.<sup>17,19</sup>

Dentre os diagnósticos selecionados, *Ansiedade*<sup>10</sup> tem alta prevalência em indivíduos com IC, como identificado sua presença em 62,5% dentre 50 pacientes em tratamento ambulatorial.<sup>20</sup>

Para o diagnóstico *Conhecimento Deficiente*<sup>10</sup>, vale ressaltar que em algumas pesquisas de enfermagem relativas à diagnósticos de enfermagem em pacientes com IC, o conhecimento deficiente foi um dos diagnósticos que apareceu com um percentual estatístico importante, pois muitos pacientes são analfabetos ou possuem primeiro grau incompleto.<sup>17</sup> Isto traz dificuldade ao paciente, principalmente quanto ao conhecimento e sinais de descompensação da doença para tomada de decisão.

## Segunda, Terceira e Quarta Rodadas

Na segunda rodada, no domínio “Atividade e Repouso”, apenas o diagnóstico *Fadiga*<sup>10</sup> foi selecionado. Ou seja, um diagnóstico com foco a um sintoma grave da IC. No entanto, apesar de pacientes com IC relatarem a presença de Fadiga, este é um DE muito subjetivo, e funciona também, conforme a taxonomia, como fator relacionado em outros diagnósticos. Em estudo recente,<sup>17</sup> o DE *Fadiga* não teve expressividade estatística em pacientes hospitalizados. É um diagnóstico importante e que requer ação de enfermagem. No plano da investigação na taxonomia da NANDA-I<sup>10</sup> precisa ser melhor trabalhado tendo em vista sua subjetividade e por aparecer como característica definidora em outras diagnósticos de

enfermagem, causando dificuldade para enfermeiras identificá-los com melhor precisão.<sup>17</sup> A fadiga, acompanha a pessoa com IC, devido suas manifestações fisiopatológicas comprometendo sua qualidade de vida, e ainda podendo aumentar o grau de dependência para as atividades de vida diária.

Enquanto na terceira rodada, o diagnóstico “*Sentimento de Impotência*”<sup>10</sup>, pode sugerir o impacto da doença crônica, como que “muitos pacientes acham que a vida acabou por conta da doença”.<sup>17</sup> Cabe ao enfermeiro apoiá-lo e orientá-lo em seu cotidiano, visto que tal fato interfere diretamente no valor e na capacidade do autocuidado e o estímulo à vida social, assim como na qualidade de vida.

Na quarta rodada, ao selecionar o DE “*Risco de Infecção*”<sup>10</sup> do domínio “Segurança e Proteção”, houve a preocupação com a evolução da doença, uma vez que as especialistas corroboram que a maior parte do custo financeiro dos pacientes com IC deve-se às internações frequentes. Pois, a relação causal entre infecção respiratória e descompensação clínica tem sido comprovada em diversos estudos epidemiológicos. Como observado<sup>21</sup>, a vacinação contra infecções respiratórias tem eficácia na relação custo-benefício como medida de saúde pública. Há na IC, um quadro de vulnerabilidade para as infecções respiratórias e consequentemente a gravidade desta infecção desencadeia uma descompensação rápida, necessitando da hospitalização. Cabe ao enfermeiro, ações de prevenção e acompanhamento para intervir precocemente na tentativa de se evitar a hospitalização, sendo fundamental a observação e julgamento clínico.

### Quinta, Sexta, Sétima e Oitava Rodadas

Nesta rodada, a discussão das especialistas mantinha-se ainda com dificuldade para alguns diagnósticos ditos não prioritários pelo entendimento de já estarem sendo contemplados por outros. Porém, após ampla discussão no painel de especialistas foram considerados com prioritários “*Disposição para autocontrole da Saúde Melhorada*”<sup>10</sup> do Domínio Promoção da Saúde, e no Domínio Nutrição, outro DE de disposição, ou seja, “*Disposição para nutrição melhorada*”,<sup>10</sup> dada a amplitude e a importância dos diagnósticos.

Quanto ao DE “*Risco de glicemia instável*”,<sup>10</sup> até então não prioritário por ter sido considerado que as características definidoras seriam evidências de outros diagnósticos, chegou-se ao consenso que a diabetes mellitus, por ser um fator de risco para o desenvolvimento da IC, e por existir uma elevada prevalência de diabéticos tipo 2 em pacientes com IC.

Além disso, o “*Risco de desequilíbrio do volume de líquidos*”,<sup>10</sup> o qual inicialmente no painel foi apontado como prioritário no contexto hospitalar, foi selecionado porque na atenção primária é possível detectar o risco para com exames simples e disponíveis, evitando que se instale o desequilíbrio hidroeletrólítico, que pode ser grave o suficiente dependendo do estágio da pessoa com IC. Portanto, o risco de desequilíbrio eletrólítico é prioritário e deve ser acompanhado e valorizado pelo enfermeiro. Além deste, o de “*Insônia*”,<sup>10</sup> pois prejudica a qualidade de vida do sujeito, subsidiando a perda de energia, mas que pode ser confundido com fadiga.

O *Estilo de vida sedentário*,<sup>10</sup> é um diagnóstico que caracteriza-se por baixo nível de atividade física, associado aos estágios mais avançados de IC, mesmo sabendo-se que, quando corretamente prescritos, os exercícios físicos ajudam na recuperação dos pacientes.<sup>20,22</sup>

Quanto ao *Risco de constipação*<sup>10</sup>, a seleção foi baseada principalmente nos fatores de risco farmacológicos, onde da expectativa de uso de diversos medicamentos.

Na sétima rodada, as especialistas incluíram basicamente acerca capacidade do indivíduo em realizar ou completar as atividades essenciais do dia a dia, ou seja, o autocuidado, em seus diferentes tipos de déficit. Portanto, os diagnósticos selecionados do Domínio Atividade e Repouso foram: *Disposição para melhora do autocuidado*<sup>10</sup>, *Déficit no autocuidado para alimentação*<sup>10</sup>, *Déficit no autocuidado para banho*<sup>10</sup>, *Déficit no autocuidado para higiene íntima*<sup>10</sup>, *Déficit no autocuidado para vestir-se*.<sup>10</sup> Assim, sendo importante foco de atuação do enfermeiro por meio de Educação em Saúde. Pode-se inferir que o Autocuidado para IC é de relevância pois traduz o quanto há de aderência do paciente no tratamento.<sup>23</sup> E ainda neste domínio, a *Dor crônica*<sup>10</sup> foi selecionada como um diagnóstico prioritário, dado o impacto da dor na qualidade de vida diante de uma doença crônica.

Na última rodada, ou seja, a oitava, alguns dos diagnósticos selecionados somam-se aos 37% de diagnósticos de risco da taxonomia neste estudo, a saber: *Disposição para bem-estar espiritual melhorado*<sup>10</sup>, *Disposição para conhecimento melhorado*<sup>10</sup>, e *Disposição para melhora do conforto*. E para concluir a seleção, as especialistas, identificaram o impacto da família no cuidado, daí o DE *Tensão do papel do cuidador*,<sup>10</sup> e a autoestima e o contexto do indivíduo como um fator determinante no cuidado, daí ao seleção do DE *Baixa autoestima situacional*.<sup>10</sup> E por fim, o DE *Padrão respiratório ineficaz*,<sup>10</sup> devido possível sinal de gravidade no estágio C na atenção primária.

Neste contexto, os diagnósticos selecionados foram pertinentes e prioritários para promoção da saúde, prevenção de riscos, abordagem terapêutica e monitoramento do indivíduo com insuficiência cardíaca ou com risco para o desenvolvimento da doença em diferentes estágios na atenção primária.

## CONCLUSÃO

Os especialistas a partir de 176 diagnósticos aplicáveis à população adulta assistida na atenção primária, selecionaram 32 (trinta e dois) diagnósticos de enfermagem da Taxonomia NANDA-I<sup>10</sup>, como prioritários segundo três principais eixos: aqueles que visavam diagnosticar pacientes com risco iminente de descompensação, aqueles com risco menos iminente, caracterizado também por comportamentos de risco, e aqueles que identificassem conhecimento, atitudes e práticas para prevenir situações de risco /gravidade.

Considerando o diagnóstico prioritário como aquele que têm precedência sobre os demais, que visam minimizar, interromper ou impedir o desenvolvimento e a evolução de uma doença, conclui-se que o “mapa” gerado por esse esforço fez-se útil para orientar o cuidado de enfermagem na

atenção primária, tanto para aqueles em risco de desenvolver a IC, quanto aqueles já com o diagnóstico, aumentando sua efetividade.

## REFERÊNCIAS

1. Ammar KA, Jacobsen SJ, Mahoney DW, Kors JA, Redfield MM, Burnett JC Jr, et al. Prevalence and prognostic significance of heart failure stages: application of the American College of Cardiology/American Heart Association heart failure staging criteria in the community. *Circulation*. 2007;115(12):1563-70
2. Andrade JP, Piva e Mattos LA, Carvalho AC, Machado CA, Oliveira GM. Programa Nacional de qualificação de médicos na prevenção e atenção integral às doenças cardiovasculares. *Arq Bras Cardiol*. [periódico na Internet].2013[acesso em 2020 jan 8];100(3):203-11. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v100n3/v100n3a01.pdf>
3. Ministério da Saúde. Datasus: mortalidade - 1996 a 2012, pela CID-10 - Brasil [Internet]. Brasília (DF); 2008. [acesso em 2019 nov 20]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defhttm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>
4. Writing Group Members, Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, Arnett DK, Blaha MJ, et al. Heart disease and stroke statistics-2016 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. [periódico na Internet] 2016[acesso em 2020 jan 8];133(4):e38-360. Disponível em: [https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/CIR.0000000000000350?url\\_ver=Z39.88-2003&rft\\_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rft\\_dat=cr\\_pub%3Dpubmed](https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/CIR.0000000000000350?url_ver=Z39.88-2003&rft_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rft_dat=cr_pub%3Dpubmed)
5. Moscovitch SD, Garcia JL, Rosa LF, Pestana PR, Moraes LV, Silva COM, et al. Insuficiência cardíaca: estarão as diretrizes incorporadas na rede de cuidados primários? *Rev Port Cardiol*. 2009;28(6):683-96.
6. Jorge AL et al. The Prevalence of Stages of Heart Failure in Primary Care: A Population – Based. *Journal of Cardiac Failure*. [periódico na Internet] 2016 [acesso em 2020 jan 8]; 22(2):153-7. Disponível em : [https://www.onlinejcf.com/article/S1071-9164\(15\)01170-7/pdf](https://www.onlinejcf.com/article/S1071-9164(15)01170-7/pdf)
7. Dzau V, Braunwald E. Resolved and unresolved issues in the prevention and treatment of coronary artery disease: a workshop consensus statement. *Am Heart J*. [periódico na Internet] 1991;[acesso em 2020 jan 8] 121(4 Pt 1):1244-63. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/000287039190694D?via%3Dihub>
8. Lucena AF, Paskulin LMG, Souza MF, Gutiérrez MGR. Construção do conhecimento e do fazer enfermagem e os modelos assistenciais. *Rev Esc Enferm USP*. [periódico na Internet] 2006[acesso em 2020 jan 8] ;40(2):292-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n2/19.pdf>
9. Carpenito-Moyet LJ. Documentação do cuidado de enfermagem. In: Carpenito Moyet LJ. Planos de cuidados de enfermagem e documentação: diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos. 5a ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
10. NANDA International. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação. 2012-2014. Porto Alegre: Artmed; 2013.
11. Castro AV, Rezende M. A técnica Delphi e seu uso na pesquisa de enfermagem: revisão bibliográfica. *REME Rev Min Enferm*. [periódico na Internet] 2009 [acesso em 2020 jan 8]; 13(3):429-34. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/209>
12. Scarparo AF, Laus AM, Azevedo ALCS, Freitas MRI, Gabriel CS, Chaves LDP. Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas na enfermagem. *Rev Rene*. [periódico na Internet] 2012 [acesso em 2020 jan 8];13(1):242-51. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3803>
13. Moura PC, Braga LM, Domingos CS, Rodrigues NV, Correia MDL, Oliveira LVA. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em indivíduos hipertensos e diabéticos à luz de Orem. *Rev Rene*. [periódico na Internet]2014 [acesso em 2020 jan 8]; 15(6):1039-46. Disponível em : <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324041233018.pdf>
14. Brasil. Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. Sociedade Brasileira de Cardiologia. [Internet] 2018 [acesso em 2020 jan 8].104p. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/portal/abc/portugues/2018/v11103/pdf/11103021.pdf>
15. França SAS, Neves ALF, Souza TAS, Martins NCN, Carneiro SR, Nascimento ES et al. Fatores associados à cessação do tabagismo. *Rev Saúde Pública* 2015;49:10. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v49/pt\\_0034-8910-rsp-S0034-89102015049004946.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v49/pt_0034-8910-rsp-S0034-89102015049004946.pdf)
16. Linhares JCC, Orlandina L, Aliti GB, Rabelo-Silva ER. Aplicabilidade dos resultados de enfermagem em pacientes com insuficiência cardíaca e volume de líquidos excessivo. *Rev Gaúcha Enferm*. [periódico na Internet] 2016 [acesso em 2020 jan 8]; 37(2):e61554. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rngen/v37n2/0102-6933-rngen-1983-144720160261554.pdf>
17. Pereira JMV, Flores PVP, Figueiredo LS, Arruda CS, Cassiano KM, Vieira GCA et al. Diagnósticos de enfermagem em pacientes com insuficiência cardíaca hospitalizados: estudo longitudinal. *Rev Esc Enferm USP*. [periódico na Internet] 2016 [acesso em 2020 jan 8];50(6):929-936. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n6/pt\\_0080-6234-reeusp-50-06-00929.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n6/pt_0080-6234-reeusp-50-06-00929.pdf)
18. Aliti GB, Linhares JCC, Linch GFC, Ruscheld KB, Rabelo ER. Sinais e sintomas de pacientes com insuficiência cardíaca descompensada: inferência dos diagnósticos de enfermagem prioritários. *Rev Gaúcha Enferm*. [periódico na Internet]2011[acesso em 2020 jan 8];32(3):590-5. Disponível em : <http://www.scielo.br/pdf/rngen/v32n3/22.pdf>
19. Matos FGOA, Oliveira JLC, Alves DCI. Avaliação da acurácia dos diagnósticos de enfermagem em um hospital universitário. *Enfermería Global*. [periódico na Internet].2018 [acesso em 2020 jan 8]; 17(4): 166-201. Disponível em : <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.17.4.296021/249911>
20. Muniz LC, Schneider BC, Silva ICM, Matijasevich A, Santos IS. Fatores de risco comportamentais acumulados para doenças cardiovasculares no sul do Brasil. *Rev Saude Publica*. [periódico na Internet] 2012 [acesso em 2020 jan 8];46(3): 534-542. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n3/3690.pdf>
21. Martins WA et al. Vacinação contra influenza e pneumococo na insuficiência cardíaca: uma recomendação pouco aplicada. *Arq. Bras. Cardiol* [periódico na Internet]. 2011 [acesso em 2020 jan 8];96(3): 240-245. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v96n3/aop17210.pdf>
22. Brasil. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. *Arq Bras Cardiol*. [Internet].2013.[acesso em 2020 jan 8].78p. Disponível em: [http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/Diretriz\\_Prevencao\\_Cardiovascular.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/Diretriz_Prevencao_Cardiovascular.pdf)
23. Correia DMS, Mesquita ET, Singh M, et al. Desafios para o cuidado da insuficiência cardíaca: pesquisa exploratória com enfermeiras em Ontario. *Rev Fund Care Online*[periódico na Internet] 2016 [acesso em 2020 jan 8]; 8(4):5150-5155. Disponível em: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5609/pdf\\_1](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5609/pdf_1)

Recebido em: 10/01/2020

Revisões requeridas: 28/01/2020

Aprovado em: 10/02/2020

Publicado em: 01/07/2021

**Autora correspondente**

Dayse Mary da Silva Correia

**Endereço:** Rua Dr. Celestino, 74, 4º andar,

Centro, Estado RJ, Brasil

**CEP:** 24.020-091

**Email:** daysecorreia@id.uff.br

**Número de telefone:** +55 (21) 2629-9478

**Divulgação: Os autores afirmam não ter conflito de interesses.**