

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE PACIENTES INTERNADOS POR CARDIOPATIA CHAGÁSICA CRÔNICA *

Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz **
Edna Aparecida Moura Arcuri ***

CRUZ, D.A.L.M. da & ARCURI, E.A.M. Diagnóstico de enfermagem de pacientes internados por cardiopatia chagásica crônica. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 24(2):265-280, ago. 1990.

A realização de entrevista e exame físico de 30 pacientes internados por manifestações de cardiopatia chagásica crônica, utilizando a abordagem de padrões funcionais de saúde, forneceu dados para a formulação dos diagnósticos de enfermagem desses pacientes.

UNITERMOS: *Diagnóstico de enfermagem. Cardiopatias. Doença de Chagas.*

I. INTRODUÇÃO

O desenvolvimento tecnológico e científico tem favorecido o controle das doenças transmissíveis, aumentando a expectativa de vida das populações, dando maior destaque ao padrão de morbidade e mortalidade das doenças crônicas. Apesar de essa situação também ocorrer no Brasil, ainda há várias doenças transmissíveis que constituem problemas de saúde pública no país. Dentre elas destaca-se a doença de Chagas que, além de ser transmissível, caracteriza-se como doença crônica, de evolução lenta, progressiva e que influencia a qualidade de vida do indivíduo que a adquire, trazendo repercussões sérias tanto no nível individual como no coletivo.

A doença de Chagas está distribuída por todo o continente americano, desde o sul dos Estados Unidos, incluindo a América Central e do Sul. O Brasil é um representante importante dessa endemia, considerada um grave problema de saúde pública, que atinge todo seu território desde o Piauí até o Rio Grande do Sul ^{3, 4, 8, 11, 23, 28, 29}.

Existem no país, de acordo com dados preliminares do "Inquérito Sorológico Nacional para Doença de Chagas", cerca de seis milhões de chagásicos ^{25, 29}. Conforme dados do Ministério da Saúde o total de óbitos por tripanossomíase, em 1983, no Brasil, foi de 6016, sendo que no Estado de São Paulo, esse total foi 1471 ⁵.

* Parte de dissertação de mestrado apresentada à Escola de Enfermagem da USP.

** Enfermeira. Professor Assistente do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da EEUSP.

*** Enfermeira. Professor Associado do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da EEUSP.

Embora seja uma endemia predominantemente rural, a doença apresenta atualmente problema grave para as zonas urbanas, em razão principalmente do êxodo rural que ocorre nas regiões menos desenvolvidas da América Latina, decorrente da migração do homem do campo para as grandes cidades à procura de melhores condições de vida e de trabalho, fazendo que as fases mais avançadas da história natural da doença se desenvolvam nas zonas urbanas. Importantes contingentes de chagásicos "importados" das áreas endêmicas situam-se na periferia das cidades. Com eles podem vir triatomídeos passivamente, às vezes constituindo focos de transmissão. Aspectos ecológicos ligados ao vetor felizmente parecem impedir uma verdadeira epidemia da doença nas favelas e bairros semelhantes. Porém, a transmissão transfusional do *T. Cruzi* apresenta índices alarmantes em várias capitais brasileiras. Cálculos indicavam em 1979 a ocorrência de, no mínimo, 1200 casos novos por ano na Grande São Paulo e 20.000 no Brasil ^{1, 7, 13, 15, 18, 29, 32}.

A cardiopatia representa a forma de envolvimento visceral mais importante, não só pela freqüência elevada em que ocorre, mas também pelos problemas sociais que acarreta. Suas manifestações são decorrentes das lesões do miocárdio, das arritmias e dos fenômenos tromboembólicos ^{2, 13, 29, 30, 32}.

A doença crônica faz que o indivíduo se submeta a um processo contínuo de adaptação às mudanças que ocorrem no seu organismo que, por sua vez, acarretam situações de estresse e alterações no seu estilo de vida ^{9, 10, 22, 24}. Assim, sofrendo doença crônica, o indivíduo com cardiopatia chagásica apresenta declínio nas suas funções fisiológicas com alterações nas suas capacidades, o que exige um longo período de observação e controle. DIAS et alii ¹⁴ consideram que apesar da gravidade das manifestações apresentadas pelos pacientes com cardiopatia chagásica crônica e da impossibilidade de cura da doença eles poderão ter uma qualidade de vida melhor se puderem diminuir os desconfortos que os afetam no curso da doença e tratamento.

A oportunidade de trabalharmos com pacientes acometidos por complicações cardíacas decorrentes da doença de Chagas permitiu-nos conhecer tais desconfortos que muitas vezes conduzem à relevante dependência dos cuidados de enfermagem.

Acreditando que o conhecimento do perfil dos problemas de saúde do paciente com cardiopatia chagásica crônica (CCC) possa direcionar a assistência de enfermagem, a finalidade deste estudo foi identificar a natureza dos problemas de saúde atuais e potenciais desses pacientes utilizando-se a terminologia dos diagnósticos de enfermagem proposta pela North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) ²⁰.

Segundo GORDON ²⁰, a idéia de diagnóstico de enfermagem cobre a lacuna existente entre a coleta de informações e o planejamento de cuidados, pela inserção do julgamento clínico e inferência feita pelo profissional sobre os dados coletados. Para essa autora, o diagnóstico de enfermagem descreve problemas de saúde atuais ou potenciais que os

enfermeiros, em virtude de sua formação e experiência são capazes e legalmente habilitados para tratar.

A opção pela utilização dos diagnósticos de enfermagem tem a finalidade de contribuir com a discussão do assunto em nosso meio. Além disso, acreditamos que, mesmo utilizando uma terminologia pouco difundida, tal abordagem poderia subsidiar a assistência de enfermagem a pacientes com CCC.

O objetivo do estudo foi identificar os diagnósticos de enfermagem de pacientes internados por CCC.

II. MÉTODO

O estudo foi realizado junto a pacientes internados em três hospitais governamentais de ensino de São Paulo, sendo dois especializados em cardiologia.

A população constituiu-se de 30 pacientes internados por manifestações de CCC incluídos no estudo conforme critérios pré-estabelecidos.

Os dados foram obtidos por entrevista, exame físico dos pacientes e consulta de seus prontuários. Foram registrados num instrumento elaborado especificamente para esse fim com base no guia para levantamento de dados proposto por GORDON¹⁹.

O instrumento consistiu-se de três partes: a primeira contendo dados de identificação do paciente e informações sobre o diagnóstico médico e a internação; a segunda constituiu-se de um formulário com perguntas agrupadas em itens referentes aos padrões funcionais de saúde e a terceira constituiu-se um guia para levantamento e registro dos dados de exame físico. A segunda e a terceira partes completam-se para a avaliação dos onze padrões funcionais de saúde¹⁹ que refletem áreas básicas tradicionais de coleta de dados que serviram para formular os diagnósticos de enfermagem.

Para estabelecermos os diagnósticos de enfermagem à partir dos dados coletados, utilizamos o "Manual of Nursing Diagnosis" 1986 - 1987¹⁹. Nesse manual cada diagnóstico é seguido dos sinais e sintomas que o caracterizam ou de fatores de risco quando o diagnóstico indica um problema potencial.

Com base nesse referencial, formulamos os diagnósticos de enfermagem das seguintes formas: quando os dados coletados indicavam sinais e sintomas sugestivos de alterações num determinado padrão, reportávamo-nos aos diagnósticos agrupados nesse padrão e fazíamos uma hipótese diagnóstica listando os sinais e sintomas apresentados pelo paciente que justificavam a hipótese feita. A confirmação da hipótese foi feita mediante a comparação dos sinais e sintomas apresentados pelo paciente com as características indicadas no referencial teórico utilizado.

III. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Caracterização da população do estudo

Observa-se na Tabela 1 que a idade dos pacientes variou de 15 a 75 anos, havendo predominância de pacientes com idades entre 30 e 49 anos e de pacientes do sexo masculino. Dados de literatura indicam que a CCC é mais freqüente no sexo masculino e na terceira, quarta e quinta décadas da vida²⁹. Analisando dados de pacientes com CCC, BARRETO⁴ verificou que a idade dos pacientes variou entre 16 e 70 anos, sendo a média etária para todo o grupo, de 39 anos. Observou também a predominância de pacientes do sexo masculino.

TABELA 1
PACIENTES, SEGUNDO SEXO E IDADE. SÃO PAULO, 1987-1988.

Idade	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		n°	%
	n°	%	n°	%		
15 — 29	6	20	2	6,7	8	26,7
30 — 59	12	40	4	13,3	16	53,3
60 — 75	3	10	3	10	6	20
Total	21	70	9	30	30	100

DIAS & DIAS¹³ ressaltam ser flagrante, em estudos longitudinais, a tendência de agravamento da doença com o aumento da idade nos grupos etários, dos 20 aos 50 anos de idade. Se considerarmos que o agravamento da CCC leva ao aparecimento de novos sintomas e à exacerbação dos já existentes, aumentando a dificuldade de controle da evolução da doença, poder-se-ia esperar que neste estudo houvesse maior concentração de pacientes na faixa etária de 30 a 49 anos.

A CCC pode levar a diferentes graus de incapacidade física e o cardíaco pode falecer subitamente em qualquer estágio da forma crônica cardíaca^{14, 27, 29}. Considerando a predominância de pacientes em idades economicamente produtivas, as conseqüências sociais de tal predominância se traduzem pelo desemprego, incapacidade física e laborativa, o custo médico-hospitalar e a aposentadoria precoce. Configuram sempre um lamentável quadro: viuvez, orfanidade, perda precoce de força de trabalho e de experiência de vida¹³.

A tendência de agravamento da doença com o aumento da idade dos 20 aos 50 anos poderia sugerir que encontrássemos poucos pacientes com idade superior a 60 anos. PESSOA & MARTINS²⁷ referem que em 1935, *E. Chagas* afirmava que os indivíduos afetados não sobreviveriam além dos 50 anos. Apesar de aparentemente bastante difundida, essa idéia tem sido modificada e segundo DIAS et alii¹⁴, em pelo menos 40%

dos pacientes com CCC a evolução é benigna e a vida do paciente prolonga-se para além dos 50, 60 anos, o que é condizente com o fato de termos encontrado 20% dos pacientes do estudo na faixa etária de 60 a 75 anos.

Quanto à escolaridade, 10 (33,3%) pacientes nunca freqüentaram escolas, 20 (66,7%) freqüentaram o primeiro grau, sendo que destes, apenas 2 pacientes o concluíram. Esses dados caracterizam o baixo nível de escolaridade dos pacientes do estudo.

A faixa de renda mensal familiar predominante foi de Cr\$ 800,00 a 10.000,00 onde se concentraram 15 (50%) pacientes do estudo. Dos demais, 9 (30%) pacientes referiram renda mensal familiar entre Cz\$ 10.000,00 e Cz\$ 25.000,00 e 06 (20%) não souberam informar. No período em que a coleta de dados foi realizada, entre 1987 e 1988, o salário mínimo variou de Cz\$ 1.969,92 a Cz\$ 4.500,00³¹.

Quanto à inserção dos pacientes do estudo no mercado de trabalho, 8 (26,7%) não tinham nenhuma ocupação que produzisse algum rendimento mensal, sendo que destes, 5 eram mulheres e exerciam atividades de manutenção do ambiente domiciliar. Sete (23,3%) pacientes estavam aposentados sendo que 5 foram aposentados em decorrência da enfermidade. Os demais, 7 (23,3%) referiram ocupações do grupo de trabalhadores da produção industrial, operadores de máquinas e condutores de veículos, 6 (20%) do grupo de trabalhadores agropecuários, florestais e da pesca e 2 (6,7%) do grupo de trabalhadores de serviços de turismo, hospitalidade, serventia, higiene e beleza e segurança⁶.

Os resultados de escolaridade, renda mensal familiar e ocupação dos pacientes do estudo indicam condição social precária, o que certamente tem importante relação com muitos dos diagnósticos de enfermagem formulados neste estudo e deve, portanto, ser considerada no planejamento da assistência de enfermagem para esses pacientes.

Quanto às manifestações que motivaram a internação dos pacientes estudados, os resultados mostram predominância daqueles cujas manifestações foram as arritmias. Acreditamos que esse resultado foi favorecido pelo fato de que nos dois hospitais especializados em cardiologia, onde os dados foram colhidos, o paciente era internado segundo grupos

TABELA 2

PACIENTES SEGUNDO O MOTIVO DA INTERNAÇÃO. SÃO PAULO, 1987-1988.

Motivo da Internação	Nº	%
. Arritmia	15	50
. Insuficiência cardíaca	9	30
. Arritmia e insuficiência cardíaca	6	20
Total	30	100

de sub-especialidade, sendo que houve maior rotatividade de pacientes nos leitos destinados aos grupos de "arritmias" do que nos leitos de "cardiologia geral", onde são internados pacientes com insuficiência cardíaca decorrente de miocardiopatias.

3.2 Diagnósticos de enfermagem

O estudo permitiu a identificação de diagnósticos de enfermagem conforme apresentado a seguir.

TABELA 3

PACIENTES SEGUNDO A PRESENÇA OU NÃO DAS CATEGORIAS DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM. SÃO PAULO, 1987-1988.

Categorias de Diagnósticos	SIM		NÃO		TOTAL	
	n°	%	n°	%	n°	%
01. Potencial para diminuição do débito cardíaco	30	100	—	—	30	100
02. Alteração do desempenho de papel	22	73,3	8	26,7	30	100
03. Potencial para intolerância a atividade	21	70	9	30	30	100
04. Déficit de conhecimento da doença	19	63,3	11	36,6	30	100
05. Alteração dos padrões de sexualidade	16	53,3	14	46,7	30	100
06. Alteração da manutenção da saúde	14	46,7	16	53,3	30	100
07. Potencial para excesso de volume hídrico	14	46,7	16	53,3	30	100
08. Distúrbio do padrão de sono	13	43,3	17	56,7	30	100
09. Alteração do padrão de eliminação urinária	12	40,0	18	60	30	100
10. Falta de adesão ao tratamento	12	40,0	18	60	30	100
11. Déficit de atividade de lazer	10	33,3	20	66,7	30	100
12. Intolerância à atividade (Nível (III)	9	30,0	21	70	30	100
13. Alteração da eliminação intestinal: obstipação	8	26,7	22	73,3	30	100
14. Potencial para infecção	8	26,7	22	73,3	30	100
15. Déficit para o autocuidado (Higiene, vestuário, eliminações) (Nível II)	4	13,3	26	86,7	30	100
16. Diminuição da mobilidade física (Nível III)	4	13,3	26	86,7	30	100
17. Déficit nutricional	3	10	27	90	30	100
18. Prejuízo da deglutição	3	10	27	90	30	100
19. Medo	3	10	27	90	30	100
20. Resposta ineficaz ao estresse (individual)	3	10	27	90	30	100
21. Alteração da auto-estima	2	6,7	28	93,3	30	100
22. Excesso de volume hídrico	1	3,3	29	96,7	30	100
23. Isolamento social	1	3,3	29	96,7	30	100
24. Potencial para lesão de pele	1	3,3	29	96,7	30	100

A Tabela 3 mostra que foram formuladas 24 categorias de diagnósticos, totalizando 233 diagnósticos a partir dos dados coletados junto aos 30 pacientes do estudo, sendo uma média de 7,7 diagnósticos por paciente.

Pode-se observar que 100% dos pacientes do estudo apresentou potencial para diminuição do débito cardíaco e os outros diagnósticos mais frequentes foram: alteração do desempenho de papel (73,3%), potencial para intolerância a atividades (70%), déficit de conhecimento da doença (63,3%) e alteração do padrão sexual (53,3%). Ressalta-se que todos os pacientes apresentaram alterações na tolerância à atividade se considerarmos os diagnósticos atuais e potenciais.

Chama ainda a atenção, o fato de 40% a 46,6% dos pacientes terem apresentado os diagnósticos de alteração da manutenção da saúde, potencial para excesso de volume hídrico, distúrbio do padrão de sono, alteração do padrão de eliminação urinária e falta de adesão ao tratamento.

Esses resultados indicam a seriedade da problemática enfrentada por esses pacientes.

Um contato contínuo com esses pacientes talvez nos levasse à formulação de outros diagnósticos, pois possibilitaria o levantamento de outros dados, que muitas vezes podem não ser identificados numa única entrevista e exame físico, devido aos fatores que interferem no estabelecimento da interação enfermeiro-paciente. Sendo assim, acreditamos que a problemática desses pacientes seja maior ainda do que a aqui levantada. Além disso, temos de ressaltar que as situações experimentadas pelos pacientes são dinâmicas em relação aos diagnósticos de enfermagem e essa dinâmica não pode ser refletida neste estudo.

O potencial para diminuição do débito cardíaco foi o diagnóstico de enfermagem mais frequente, sendo formulado para 100% dos pacientes do estudo. O que fundamentou esse diagnóstico foi a presença de condições que podem interferir na regulação do débito cardíaco, expressas por arritmias ou insuficiência cardíaca.

O potencial para diminuição do débito cardíaco é o ponto de partida biológico da maioria das limitações e dificuldades experimentadas pelos pacientes com cardiopatia chagásica crônica. Muitas das implicações sociais da doença, tanto no âmbito individual como no âmbito de comunidade, são decorrentes dessa potencialidade e agravadas à medida que deixa de ser potencial para ser real. Talvez a rejeição de empregos, ou a aposentadoria precoce²⁸ de pessoas com sorologia positiva para a doença de Chagas, tenha relação com a potencialidade para diminuição do débito cardíaco, o que caracterizaria o indivíduo como potencialmente limitado e, conseqüentemente, potencialmente improdutivo e oneroso.

Chama a atenção, entretanto, que tal situação se reveste de caráter preconceituoso, pois é possível que o indivíduo com sorologia positiva, ou mesmo em estágios iniciais da CCC, seja tão produtivo quanto qualquer outro indivíduo.

O diagnóstico de potencial para diminuição do débito cardíaco assume importância por trazer consigo inúmeros problemas sociais que afetam o indivíduo acometido. É também importante porque, conhecendo tal risco, o enfermeiro que presta assistência ao paciente com CCC, pode indicar condutas preventivas evitando que o paciente exceda suas reservas para a atividade física, estando também atento para as primeiras manifestações de desequilíbrios nos mecanismos de compensação do débito cardíaco.

O diagnóstico de potencial para diminuição do débito cardíaco relaciona-se diretamente aos de intolerância à atividade real ou potencial e ao déficit de atividades de lazer.

A tolerância à atividade foi avaliada mediante informações dos próprios pacientes quanto a suas reações aos esforços. Assim, para os pacientes que referiram não sentir cansaço e/ou dispnéia aos esforços mas que já experimentaram essa situação, foi formulado o diagnóstico de potencial para intolerância à atividade, visto que a presença de problemas cárdio-circulatórios, que é um fator de risco para respostas anormais ao consumo de energia, ainda estava presente nos pacientes com esse diagnóstico.

Para os pacientes que referiram cansaço e dispnéia aos esforços, foi formulado o diagnóstico de intolerância à atividade e o grau de intolerância foi avaliado mediante as dificuldades referidas pelos próprios pacientes para caminhar e subir escadas.

Quanto ao déficit de atividades de lazer, talvez pelas características sociais destes pacientes, essa prática não seja freqüente. Isso é um fator importante quando as atividades da pessoa se restringem às atividades de trabalho, que temporária ou indefinidamente são contra-indicadas ou não suportadas.

Acreditamos que quando a pessoa não está habituada a práticas de lazer, dificilmente estará motivada a iniciá-las ou a procurar atividades que preencham o tempo de forma prazerosa e adequada aos recursos financeiros de que dispõe. Acrescenta-se a isso as possivelmente freqüentes situações de tensão emocional causadas pela doença em si, suas exacerbações e suas repercussões individuais. É difícil que o indivíduo tenso e preocupado consiga se envolver em atividades de lazer.

Considerando que trabalhamos com pacientes internados, é necessário observar que o que se oferece em termos de lazer para o paciente internado é mínimo, sendo que a busca e o envolvimento em atividades diferentes das exigidas pela avaliação clínica e implementação do tratamento, dependem quase que exclusivamente do interesse do paciente e do suporte familiar que ele tem. É uma situação que deve ser trabalhada efetivamente pelo enfermeiro, de forma que se ofereça ajuda para que os pacientes possam lidar melhor com a "inatividade" imposta pela doença e/ou tratamento, evitando que se sintam aborrecidos.

Há de se considerar que, com respeito ao paciente internado, o simples fato de conversar com o paciente ao lado pode constituir-se em forma

de lazer, dependendo do tipo de relacionamento, do desenvolvimento de assunto etc. O que chama a atenção, entretanto, é que entre os pacientes com CCC é freqüente observarmos uma atitude de relativo isolamento, certa tristeza e muita passividade.

O diagnóstico de distúrbio do padrão de sono, pode estar relacionado ao déficit de atividades de lazer, tanto porque o paciente fica mais disponível para fazer períodos curtos e irregulares de sono durante o dia, como também por poder se concentrar mais nos problemas que não tem condições de resolver, mas que o deixam mais tenso e ansioso. Nenhum dos pacientes com distúrbio do padrão do sono referiu desconfortos físicos associados às alterações que o caracterizaram.

A diminuição da mobilidade física e o déficit para o autocuidado não foram decorrentes da intolerância à atividade, mas sim das limitações impostas pelo implante de marca-passo, sendo, portanto, condições transitórias.

Era de se esperar que a alteração no desempenho de papel, caracterizada pelas alterações nos padrões usuais de responsabilidade apresentada por 22 (73,3%) pacientes, fosse tão freqüente. O desempenho de papéis liga-se estreitamente à capacidade para trabalho que, por sua vez, está alterada em decorrência da enfermidade.

Observamos que as alterações no desempenho de papel estavam diretamente relacionadas à capacidade de prover recursos financeiros. Além dos benefícios previdenciários que estes pacientes recebiam pelo fato de estarem aposentados ou afastados serem insuficientes, havia também uma limitação física que os impedia de exercer atividades que pudessem render um "extra" a esses benefícios. Conforme as verbalizações dos pacientes, a incapacidade de gerar recursos interferia nos seus padrões usuais de responsabilidade.

Dois pacientes mostraram sentimentos negativos quanto a si mesmos decorrentes da incapacidade para o trabalho, o que, junto com o desconforto que sentem nos próprios procedimentos em situações sociais, caracterizou o diagnóstico de alteração da autoestima.

O diagnóstico de alteração da manutenção da saúde tem como um dos indicadores o desconhecimento das práticas básicas de saúde. O conceito de práticas básicas de saúde pode variar de um indivíduo para outro e também entre os enfermeiros. Neste estudo, consideramos que desconheciam as práticas básicas de saúde os pacientes que não referiram nenhuma prática como mecanismo de manutenção da saúde. Além dos pacientes aqui incluídos, porém, houve outros que referiram uma ou mais das seguintes práticas como formas de manutenção da saúde: boa higiene, alimentação adequada, períodos de lazer, boas condições de trabalho, exame ginecológico e odontológico periódicos, evitar fumo e bebidas alcoólicas, e fazer exames médicos periódicos mesmo sem sentir-se doente.

O conhecimento de práticas básicas de manutenção da saúde exige que as pessoas acreditem na existência de determinantes da saúde e

doenças possíveis de serem controlados, e os 14 pacientes que apresentaram o diagnóstico de alteração da manutenção da saúde parecem percebê-la como um estado pré-determinado sobre o qual não se pode ter nenhuma influência. Quando 09 (64,3%) desses pacientes referiram falta de recursos financeiros para o controle da saúde, foi relacionando-a especificamente às dificuldades financeiras para adquirir os medicamentos necessários ao tratamento que estavam seguindo, o que significa que também não relacionavam a questão da manutenção da saúde com a situação econômica, que só passa a ser percebida quando relacionada ao controle de alterações da saúde.

Chama ainda a atenção que 5 (35,7%) pacientes com esse diagnóstico, qualificaram a sua saúde como sendo "boa" apesar das limitações para o trabalho e dos desconfortos que a enfermidade lhes condiciona. Esse dado indica que a percepção do estar doente, ao nível individual, nem sempre resulta da interpretação das sensações corporais como sintomas mórbidos.

SINGER et alii³³ apontam que as pessoas que têm melhores condições sociais percebem a doença como tendo uma historicidade e temporalidade contra as quais é possível se preservar, o que as faz recorrer mais facilmente à medicina preventiva e proporcionar ao corpo atenção e cuidados constantes.

A percepção dessa historicidade e temporalidade parece não ocorrer entre os pacientes do estudo. Sem essa percepção, esses pacientes dificilmente estarão preocupados com práticas de manutenção e controle da saúde, pois não se conscientizam criticamente da realidade que estão vivenciando.

As características do diagnóstico de déficit de conhecimento da doença indicam que importante parcela dos pacientes estudados desconhece algum aspecto relacionado à doença e ao seu controle. Esse diagnóstico é de importância fundamental na assistência de enfermagem, pois acreditamos que ele tem efeitos na competência do próprio paciente para exercer atividades que propiciem um melhor controle da evolução da moléstia.

A simples informação do paciente sobre aspectos da doença e seu controle certamente não é suficiente para que ele desenvolva a referida competência. É preciso que o enfermeiro no desempenho de seu papel de educador promova a tomada de consciência e atitude crítica dos pacientes.

Talvez, em decorrência da forma como captam as questões relativas à saúde e doença, alguns pacientes deste estudo acreditavam no marca-passo e no transplante cardíaco como a possibilidade de cura da doença, depositando neles toda sua esperança de vida. Tal forma de apreensão da realidade deve ser o ponto de partida para o ensino do paciente que se submeterá a esses procedimentos.

Não pretendemos aqui discutir a indicação dos recursos terapêuticos para o paciente com CCC, mas sim a questão da conscientização dos

pacientes quanto à sua saúde, o que consideramos essencial para que qualquer recurso possa ser adequadamente utilizado e para que o próprio paciente seja também sujeito do seu tratamento e não exclusivamente um receptor submisso da hegemonia tecnológica.

Num contexto mais amplo, o enfermeiro deve considerar a influência exercida pelas corridas tecnológicas na assistência à saúde em geral e o descompasso que elas podem refletir.

DIAS¹² afirma que a tecnologia básica para o controle da doença de Chagas há muito tempo foi desenvolvida, mas, na maioria dos países endêmicos, não se concretizaram decisões efetivas para fazer face ao problema. Paralelamente, ressalta a “verdadeira corrida tecnológica no que diz respeito aos instrumentos de diagnósticos e aos marca-passos, impondo aos países e comunidades pobres uma série de demandas adicionais”, caracterizando um descompasso tecnológico frente à transmissão da doença e à atenção médica ao chagásico.

Dos 19 pacientes com déficit de conhecimento da doença, 12 apresentaram também o diagnóstico de falta de adesão ao tratamento.

A pessoa com CCC que não sabe que doença tem, que não sabe como adquiriu, que não sabe o que poderia ser feito para evitá-la, que não sabe que existem fatores mutáveis que determinam a doença, é como o oprimido de FREIRE¹⁶ que não se apropria da esfera espontânea de apreensão da realidade, que é o ponto inicial para a conscientização que poderia auxiliá-lo a participar ativamente no seu próprio tratamento.

A falta de adesão ao tratamento indica um aspecto importante do ponto de vista assistencial de enfermagem, que se refere também ao ensino do paciente. Apesar de não podermos afirmar que a exacerbação dos sintomas da enfermidade seja decorrente da falta de seguimento das recomendações terapêuticas recebidas, acreditamos que orientações adequadas, partindo das reais dificuldades que esses pacientes têm em seguir o tratamento, talvez possam resultar em melhor controle da evolução da doença.

É claro que muitos fatores interferem no processo de ensino do paciente e entre esses fatores está o nível de instrução que nesses pacientes se revelou baixo. Isso mostra que as orientações devem partir da identificação das causas da falta de adesão ao tratamento e do modo como os pacientes percebem a própria situação de saúde.

A questão financeira também é fundamental no que se refere à adesão ao tratamento. A pessoa que mal ganha para alimentar-se, sem discutir a qualidade dessa alimentação, terá sérias dificuldades em atender suas necessidades terapêuticas no que se refere à compra de medicamentos e até mesmo ao que se refere ao transporte para “*buscar*” o medicamento quando esse lhe é oferecido sem necessidade de pagamento.

Assim, fatores sociais que determinam a aquisição da doença, continuam agindo na sua evolução. A pessoa é doente porque tem precárias condições de vida e mais doente se torna à medida que a assistência à saúde que recebe não atende a totalidade das suas necessidades.

Consideramos expressivo o número de pacientes que referiram problemas relativos à sexualidade. É difícil avaliar, entretanto, a relação desses problemas com a doença em si. Alguns pacientes atribuíram à frequência de relações sexuais inferior à desejada, o repouso físico recomendado, os períodos prolongados de internação e o medo de se sentir mal durante o ato sexual, que são situações diretamente relacionadas à doença e ao tratamento. Alguns pacientes referiram sentir cansaço que impede a conclusão do ato sexual, o que está diretamente relacionado à doença. A mesma associação poderia ser feita com a referência de que o parceiro evita o relacionamento sexual por sentir medo que o próprio paciente se sintam mal.

Parece claro, portanto, que a enfermidade provoca, direta ou indiretamente, problemas na sexualidade que necessitam ser avaliados em si mesmos e nas suas possíveis repercussões para o indivíduo.

Na verdade alguns problemas relativos à sexualidade, referidos pelos pacientes, são decorrentes da intolerância à atividade, atual ou potencial, e talvez por serem problemas cujas maiores repercussões se dão no nível individual e familiar, eles não se tornam motivo de preocupação. A alta frequência de pacientes que referiram problemas na sexualidade, contudo, reforça o desafio à capacitação do enfermeiro para a assistência nessa área.

Outro diagnóstico de enfermagem bastante frequente nos pacientes do estudo foi o de potencial para excesso de volume hídrico. Se considerarmos que a insuficiência cardíaca constitui um dos estágios evolutivos avançados da CCC, todos os pacientes com essa enfermidade, teriam risco de excesso de volume hídrico. Apesar disso, caracterizamos essa potencialidade nos pacientes que já necessitavam da restrição sódica e/ou hídrica. O risco de excesso de volume hídrico é acentuado nos pacientes que apresentam falta de adesão às recomendações terapêuticas que têm por objetivo adequar o volume circulante.

Os desequilíbrios hídricos no paciente com disfunção cardiovascular são complicações comuns e que podem ser prevenidas³⁴. Assim, o potencial para o excesso de volume hídrico é uma condição que deve necessariamente ser prevista pelo enfermeiro que presta assistência ao paciente com cardiopatia chagásica, independentemente das manifestações principais da doença. O valor dos diagnósticos potenciais se encontra no fato de se poder trabalhar ao nível preventivo.

Sendo o potencial para excesso de volume hídrico uma condição frequente nos pacientes com CCC, os esforços do enfermeiro que assiste esse tipo de paciente devem se voltar para os aspectos preventivos do problema, cabendo também a ele, procurar desenvolver mecanismos para estimular a motivação e a participação do paciente no próprio tratamento, ajudando-o a criar ou utilizar os recursos necessários.

O excesso de volume hídrico, como uma situação real, foi caracterizado para apenas um paciente, por presença de edema, êxtase jugular a 45 graus, balanço hídrico positivo e queixa de ortopnéia. A manifes-

tação da doença que motivou a internação desse paciente e daqueles com potencial para excesso de volume hídrico foi a insuficiência cardíaca isolada ou associada a arritmia.

No que se refere ao diagnóstico de alteração da eliminação intestinal: obstipação, as características mais comuns foram a diminuição na frequência das eliminações comparadas à habitual para o paciente, assim como a dificuldade para evacuar, que são indicadores críticos do diagnóstico.

Independentemente dessa questão, a obstipação intestinal no paciente com CCC é importante, visto que as respostas hemodinâmicas à manobra de Valsalva são alteradas nos pacientes com insuficiência cardíaca¹⁷, o que poderia fazer da eliminação intestinal um risco adicional para esses pacientes quando obstipados.

Quanto ao déficit nutricional ter sido identificado em três pacientes, queremos esclarecer que a característica principal desse diagnóstico foi a identificação de peso atual inferior a 80% do peso ideal, por ser esse o indicador crítico para a formulação desse diagnóstico¹⁹. Apesar disso, outras alterações nutricionais talvez pudessem ter sido identificadas se a avaliação do estado nutricional fosse mais detalhada. Mesmo utilizando apenas o indicador de porcentagem do peso ideal, a frequência desse diagnóstico pode estar subestimada porque, entre os pacientes do estudo, há os que apresentam insuficiência cardíaca que, com frequência provoca alterações de volume fluido extracelular, o que, por sua vez pode mascarar as alterações nos compartimentos tanto adiposos quanto musculares, ao considerarmos o peso corporal²¹.

Mesmo assim, consideramos importante o fato de 10% dos pacientes do estudo terem apresentado esse diagnóstico com essa característica.

Não observamos relação do diagnóstico de déficit nutricional com o de deglutição prejudicada, formulado para três pacientes do estudo. Fica difícil ajuizar se esse diagnóstico está ou não relacionado a manifestações digestivas da doença, pois é possível que as suas diferentes manifestações apresentem-se associadas²⁹.

De qualquer forma, é importante que o enfermeiro que cuida do paciente com CCC, considere a possibilidade de associações das diferentes manifestações da doença de Chagas.

O potencial para infecção formulado para 8 pacientes do estudo teve como fator de risco a solução de continuidade da pele, condicionada por procedimentos inerentes ao próprio tratamento.

O potencial para lesão de pele formulado para um paciente foi caracterizado pela presença de fatores que predispunham a ocorrência de úlcera de decúbito, entre eles, sinais que já indicavam alguma alteração da circulação local. Apesar dessa situação ter sido identificada em apenas um paciente, não podemos deixar de considerá-la importante, tendo em vista que esse paciente estava institucionalizado, e que a prevenção da úlcera de decúbito não requer sofisticação de recursos e evita sérias complicações ao estado do paciente.

O medo, identificado em 3 pacientes teve como fonte percebida por 2 deles, a demora do transplante cardíaco. Para o paciente que vê nesse procedimento a solução para sua doença e está internado a fim de esperar um doador do órgão, é evidente que estará num constante nível de alerta e apreensão.

Além desses pacientes, outros também referiram saber que a doença não tem cura, porém, não mostraram indicativos de sentirem medo em decorrência disso. Perguntamos então, porque razões o transplante cardíaco, percebido pelos pacientes como condição de cura, os leva a sentirem-se ameaçados pela possibilidade de morrerem antes de aparecer um doador compatível? Ou melhor, que mecanismos os protegem dessa sensação enquanto não vislumbram uma possibilidade concreta? Quais seriam as possíveis relações da maneira como a possibilidade do transplante cardíaco é colocada para o paciente com esse tipo de resposta? Como o enfermeiro poderia trabalhar com o medo sentido pelo paciente? Em que medida o próprio enfermeiro e os outros profissionais envolvidos são responsáveis por essa resposta?

Consideramos que essas questões não podem ser respondidas por este estudo e que necessitariam ser esclarecidas para que se pudessem delinear melhor o problema.

Coincidentemente o diagnóstico de resposta ineficaz ao estresse foi formulado para os mesmos pacientes com diagnóstico de medo. Daí poderíamos supor que, especificamente nesses pacientes, o primeiro diagnóstico pode ser a causa do último. A resposta ineficaz ao estresse seria então um fator etiológico e não propriamente um diagnóstico. Apesar disso, optamos por mantê-la como diagnóstico, pelo fato de não termos trabalho com fatores etiológicos.

Independentemente dessa questão, talvez se o paciente recebesse ajuda no sentido de trabalhar com as situações estressantes de uma forma eficaz, a irritabilidade e as tensões referidas pelos pacientes pudessem ser amenizadas. As condutas do enfermeiro relativas a esses diagnósticos constituem-se num desafio. Talvez eles não possam ser solucionados num período de internação, desde que recebem influências de toda a história de vida do paciente. Porém acreditamos que, no mínimo, são informações importantes para o enfermeiro considerar ao abordar o paciente. E o desafio está em como ajudar o paciente a trabalhar com as situações estressantes, de forma eficaz.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo indicam a diversidade e complexidade dos problemas atuais e potenciais dos pacientes internados por manifestações de CCC, constituindo-se num desafio para assistência de enfermagem a esses pacientes.

É preciso considerar, porém, que a situação do paciente é dinâmica, ela se modifica, ocorrem eventos, diagnósticos podem ser adicionados,

excluídos ou revisados quando se mantém um contato contínuo. A apreensão dessa dinâmica certamente mostraria uma problemática maior do que a aqui identificada.

Consideramos que o uso de diagnósticos de enfermagem favorece a comunicação profissional no que se refere às entidades trabalhadas pelo enfermeiro, porém a sua utilização só terá significado na medida em que contribua para melhorar a qualidade do cuidado prestado pelo enfermeiro.

CRUZ, D.A.L.M. da & ARCURI, E.A.M. Nursing diagnoses of in-hospital chagasic chronic cardiopatic patients. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 24(2):265-280, Aug. 1990.

The undertaking of an interview and physical examination in 30 in-hospital chagasic chronic cardiopatic patients, taking in account the health functional patterns approach, led us to data for the making up the nursing diagnoses of these patients.

UNITERMS: *Nursing diagnosis. Heart disease. Chagas' disease.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AMATO NETO, V. Formas especiais de transmissão. In: DECOURT, L.V. & CAMPOS, O. de M. **Modernos conhecimentos sobre doença de Chagas**. Belo Horizonte, Universidade Federal de Minas Gerais, 1981. p. 110-4.
2. AMORIM, D.S. Cardiopatia chagásica. *Cit. e Cult.* São Paulo, 31(supl. 7):61-79, jul. 1979.
3. ASPECTOS clínicos de la enfermedad de Chagas: informe de una reunión conjunta OMS/OPS de investigadores. *Bol. Of. Sanit. Panam.*, Washington, 77(2):141-58, ago. 1974.
4. BARRETO, M.P. Epidemiologia. In: BRENER, Z. & ANDRADE, Z. **Trypanosoma cruzi e doença de Chagas**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1979. cap. 3. p.89-151.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Divisão Nacional de Epidemiologia. **Estatísticas de mortalidade: Brasil, 1983**. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. 359p.
6. BRASIL. Ministério do Trabalho. Secretaria de Emprego e Salário. **Classificação brasileira de ocupações**. Brasília, Sistema Nacional de Emprego, 1982. 753p.
7. BRENER, Z. Summarization. In: INTERNATIONAL SYMPOSIUM ON NEW APPROACHES IN AMERICAN TRYPANOSOMIASIS RESEARCH, Belo Horizonte, 18-21 mar 1975. **Proceedings**. Washington, Pan American Health Organization, 1976. p.403-10. (Scientific Publication, nº 318).
8. CONFERENCIA NACIONAL DE SAÚDE, 6., Brasília, 1977. **Anais**. Brasília, Ministério da Saúde, 1978. 528p.
9. CRAIG, H.M. & EDWARDS, J.E. Adaptation in chronic illness: em eclectic model for nurses. *J. Adv. Nurs.*, New York, 8(5):397-404, Sept. 1983.
10. CRATE, M.A. Nursing functions in adaptation to chronic illness. *Am. J. Nurs.* New York, 65(10):72-6, Oct. 1965.
11. DIAS, J.C.P. Doença de Chagas: epidemiologia. *Diálogo Méd.*, São Paulo, 5(4):6-21, 1979.
12. DIAS, J.C.P.. Doença de Chagas e a questão da tecnologia. *Bol. Of. Sanit. Panam.*, Washington, 99(3):244-57, Sept. 1985.

13. DIAS, J.C.P. & DIAS, R.B. Aspectos sociais, econômicos e culturais da doença de Chagas. *Ci. Cult.*, São Paulo, 31(supl. 7):105-17, jul. 1979.
14. DIAS, J.C.P. et alii. Doença de Chagas. In: NEVES, J. **Diagnóstico e tratamento das doenças infecciosas e parasitárias**. 2.ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1983. cap. 56. p.694-724.
15. ELUF NETO, J. Doença de Chagas em área urbana: avaliação da função cardíaca de trabalhadores industriais e implicações para a atividade laboral. São Paulo, 1985. 164p. (Dissertação de mestrado — Faculdade de Medicina da USP).
16. FREIRE, P. **Conscientização — teoria e prática da liberação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. 3.ed. São Paulo, Moraes, 1980. 202p.
17. FUENMAYOR, A.J. et alii. The valsalva maneuver in chagasic patients with left ventricular segmental wall motion abnormalities and normal ejection fraction. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo, 49(4):221-4, out. 1987.
18. GOLDBAUM, M. O problema das doenças tropicais e os movimentos migratórios no Brasil: a situação de São Paulo. In: SEMINÁRIO SOBRE TRANSMISSÃO E CONTROLE DE DOENÇAS TROPICAIS NO PROCESSO DE MIGRAÇÃO HUMANA. Brasília, 1981. *Anais*. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1982. p33-7.
19. GORDON, M. **Manual of nursing diagnosis: 1986-1987**. 2.ed. New York, McGraw Hill, 1987. 307p.
20. GORDON, M. **Nursing diagnosis: process and application**. 2.ed. New York, McGraw Hill, 1987. 515p.
21. GRANT, J.P. et alii. Técnicas atuais para avaliação nutricional. *Clin. Cir. Am. Norte*, Rio de Janeiro, 20(1):7-13, jan. 1981.
22. KODADEKI, S.M. Working with the chronically ill. *Nurse Pract.*, Trenton, 10(3): 45-6, 48, Mar. 1985.
23. LARANJA, F.S. et alii. Chagas disease: a clinical epidemiologia and pathologia study. *Circulation*, Dallas, 14:1035-60, 1956.
24. LAWRENCE, S.A. & LAWRENCE, R.M. A model of adaptation to the stress of chronic illness. *Nurs. Forum*, Hillsdale, 18(1):33-42, 1979.
25. MACEDO, V. Forma indeterminada da doença de Chagas. *J. Bras. Med.*, Rio de Janeiro, 38(3):34-40, mar. 1980.
26. PAULA, A.S.V. de. Levantamento de mortalidade e aposentadoria por doença chagásica nas regiões de saúde de Minas Gerais. In: DECOURT, L.V. & CAMPOS, O. de M. **Modernos conhecimentos sobre doença de Chagas**. Belo Horizonte, Universidade Federal de Minas Gerais, 1981. p.201-20.
27. PESSÓA, S.B. & MARTINS, A.V. **Parasitologia médica**. 11.ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1982. 812p
28. PRATA, A. Perspectivas de controle da doença de Chagas no Brasil. *J. Bras. Med.*, Rio de Janeiro, 38(3):53-65, mar. 1980.
29. RASSI, A. et alii. Doença de Chagas. In: VERONESI, R. **Doenças infecciosas e parasitárias**. 7.ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1985. cap. 77. p.674-712.
30. ROCHA E SILVA, E.O. da. Medidas de combate à doença de Chagas. *Ci. e Cult.*, São Paulo, 31(supl. 7):133-40, jul. 1979.
31. SALÁRIO mínimo nominal e necessário: junho de 1986 a junho de 1988. *Bol. DIEESE*, São Paulo, (12):54, jul. 1988.
32. SILVA, G.R. et alii. Aspectos da epidemiologia da doença de Chagas. *Ci. Cult.*, São Paulo, 31(supl. 7):81-103, jul. 1979.
33. SINGER, P. et alii. **Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde**. Rio de Janeiro, Foyence-Universitária, 1981. 166p.
34. WATSON, J.E. Fluid and eletrolyte disorders in cardiovascular patients. *Nurs. Clin. North Am.*, Philadelphia, 22(4):797-803, Dec. 1987.

Recebido em 22-09-89