

Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca

Nursing diagnoses in patients outgoing cardiac surgery

Diagnósticos de enfermería en pacientes sometidos a la cirugía cardíaca

Luciana Alves da Rocha

*Enfermeira. Especialista em Terapia Intensiva.
Enfermeira do Hospital de Messejana -
Fortaleza - Ceará. Membro do Grupo de
Pesquisa: Educação, Saúde e Sociedade
(GRUPESS).*

Ticiane Fernandes Maia

*Enfermeira. Especialista em Terapia Intensiva.
Enfermeira do Hospital de Messejana -
Fortaleza - Ceará.*

Lúcia de Fátima da Silva

*Enfermeira. Doutora em Enfermagem.
Professora da Universidade Estadual do Ceará.
Enfermeira do Hospital de Messejana. Membro
do Grupo de Pesquisa Educação, Saúde e
Sociedade (GRUPESS). Fortaleza - Ceará.*

RESUMO

Pesquisa exploratória e transversal realizada com pacientes no pós-operatório de cirurgia para revascularização do miocárdio. Objetivou-se identificar diagnósticos de enfermagem segundo a Taxonomia II da NANDA e intervenções de enfermagem segundo a *Nursing Interventions Classification*, associando-os aos resultados de enfermagem segundo a *Nursing Outcomes Classification*. Os dados foram colhidos de 22 pacientes por um formulário e exame físico. As informações possibilitaram a identificação de quinze diagnósticos de enfermagem, segundo a Taxonomia II NANDA, dentre eles destacam-se: Risco para infecção; Risco para constipação; Déficit no autocuidado para higiene íntima e Integridade de pele prejudicada. O estudo revelou ser fundamental desenvolver estudos sobre diagnósticos de enfermagem, para direcionar análises de problemas nos pacientes demandadoras de ações específicas de enfermagem, que contribuam para o desenvolvimento da Enfermagem. **Descritores:** Cirurgia torácica; Diagnóstico de enfermagem; Cuidados de enfermagem; Enfermagem perioperatória.

ABSTRACT

Exploratory and transversal research accomplished with postoperative patients outgoing coronary bypass. It was aimed at identifying nursing diagnoses according to Taxonomy II of NANDA and nursing interventions according to Nursing Interventions Classification, associating with the results of Nursing Outcomes Classification. The data were collected from 22 patients using formularies and physical examination. The information made possible the identification of fifteen nursing diagnosis, according to Taxonomy II of NANDA. Among them, stand out: risk of infection; Risk of constipation; Deficit in self-care intimate hygiene and integrity of harmed skin. The study revealed being fundamental to develop studies about nursing diagnoses to direct analyses of problems that concern to the demanding patients of specific nursing actions, that contribute to the development of the profession.

Descriptors: Thoracic surgery; Nursing diagnosis; Nursing care; Perioperative nursing.

RESUMEN

Investigación exploratoria y transversal con pacientes en el posoperatorio de cirugía para la revascularización del miocardio. Se ha objetivado identificar diagnósticos de enfermería. Según la Taxonomía II de la NANDA, e intervenciones de enfermería por la Nursing Intervention Classification, asociándolos a los resultados de la enfermería de la Nursing Outcomes Classification. Los datos han sido recolectados de 22 (veintidós) pacientes por el impreso y examen físico. Las informaciones han posibilitado la identificación de quince diagnósticos, según la Taxonomía II de la NANDA. Entre ellos, se han destacado: el riesgo de infección, el riesgo al resfriado/catarro, el déficit en el autocuidado a la higiene íntima y a la integridad de la piel perjudicada. El estudio ha revelado lo fundamental para desarrollar investigaciones sobre diagnósticos de enfermería, para dirigir análisis de problemas en los pacientes demandadores de acciones específicas de enfermería que contribuyan para el desarrollo de la profesión.

Descritores: Cirugía torácica; Diagnóstico de enfermería; Atención de enfermería; Enfermería perioperatoria.

Rocha LA, Maia TF, Silva LF. Diagnósticos de enfermería em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. Rev Bras Enferm 2006 maio-jun; 59(3):321-6.

1. INTRODUÇÃO

Em âmbito mundial, as doenças crônicas não transmissíveis são responsáveis pelas principais causas de morte e incapacidade^(1,2). Entre essas, as de maior importância para a saúde pública são as cardiovasculares, o câncer e o diabetes mellitus. Nas cardiovasculares sobressaem a doença isquêmica cardíaca, a cérebro-vascular e a hipertensão arterial sistêmica (HAS)⁽¹⁻³⁾.

A contribuição das doenças cardiovasculares quanto à mortalidade é significativa, pois um

terço do total de óbitos no mundo (16,6 milhões de pessoas) originam-se das doenças cardiovasculares em suas várias formas. Desses 16,6 milhões, 7,2 milhões são decorrentes da doença isquêmica cardíaca^(1,2).

Diante da complexidade da doença, percebe-se a urgência de interromper-lhe o curso. Há alguns anos, o tratamento dos problemas cardiovasculares vem obtendo avanços terapêuticos, clínicos e cirúrgicos. Quando a probabilidade de uma vida melhor após este evento supera o tratamento clínico, realiza-se o tratamento cirúrgico.

Há três tipos de cirurgias cardíacas: as corretoras, relacionadas aos defeitos do canal arterial, incluído o do septo atrial e ventricular; as reconstrutoras, destinadas à revascularização do miocárdio, plastia de valva aórtica, mitral ou tricúspide; e as substitutivas, que correspondem às trocas valvares e aos transplantes⁽⁴⁾. Os tipos mais comuns de cirurgias cardíacas são as reconstrutoras, particularmente a revascularização do miocárdio. Por isto, nesse estudo, optou-se em trabalhar com pacientes no pós-operatório desse tipo de cirurgia.

Conhecida popularmente como ponte de safena, a revascularização do miocárdio (RM) consiste em um enxerto arterial coronário usando a veia safena autóloga com o objetivo de isolar o vaso obstruído e, assim, restabelecer a perfusão da artéria coronária. Esse tipo de cirurgia, cuja maior vantagem é a durabilidade, tem a finalidade de preservar o miocárdio^(4,5).

Suas indicações predominantes são para pacientes sintomáticos e que tenham intolerância ao tratamento medicamentoso; nos casos de lesões importantes impossíveis de ser corrigidas com angioplastia; em infarto agudo do miocárdio (IAM), como prevenção ou correção ou por choque cardiogênico; no tratamento das complicações do infarto agudo do miocárdio; na angina instável e piora do quadro clínico⁽⁶⁾.

O pós-operatório é o período durante o qual ocorre a recuperação do paciente. Nele a assistência de enfermagem está relacionada com as intervenções destinadas a prevenir ou tratar complicações e proporcionar ao paciente o retorno às atividades do cotidiano. Constantemente a enfermagem aprimora seus conhecimentos. Desse modo vem desenvolvendo uma metodologia própria de trabalho, fundamentada em um processo sistematicamente planejado de cuidar. O processo é constituído de um conjunto de etapas, como: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação, nas quais sobressai a importância do cuidado individual mediante uma abordagem de solução de problemas fundamentados em teorias e modelos conceituais de enfermagem⁽⁴⁾.

No desenvolvimento do processo, a etapa do diagnóstico de enfermagem tem se destacado e estudos a este respeito têm sido aprofundados. Trata-se de uma etapa complexa, cuja sistemática envolve avaliação clínica das respostas do paciente ou grupos aos problemas de saúde e fornece a base para a intervenção de enfermagem no intuito de se atingir os resultados esperados. Por meio do raciocínio clínico acerca de dados coletados via entrevista clínica e exame físico, podem ser identificados os diagnósticos classificados como de enfermagem⁽⁷⁾.

No relacionado à classificação dos diagnósticos de enfermagem, a *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) tem contribuído tanto para seu crescimento e aperfeiçoamento, como para o desenvolvimento de um sistema com vistas a classificá-los em uma taxonomia⁽⁸⁾. Citam-se, também, a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), constituída por uma linguagem padronizada que descreve os tratamentos realizados pelas enfermeiras, e a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC), baseada em uma linguagem padronizada dos resultados de enfermagem decorrentes das intervenções⁽⁹⁾.

A temática do processo de cuidar sempre despertou-me interesse pelo cuidado sistematizado dispensado a pessoas submetidas as cirurgias cardíacas. Tal interesse intensificou-se a partir do meu contato como enfermeira assistencial com pessoas no pós-operatório de cirurgia cardíaca em um hospital de referência em doenças cardíacas e

pulmonares. Então, iniciou-se a pesquisa e leitura sobre o assunto. Isto fez crescer o envolvimento ao possibilitar perceber a importância do cuidado de enfermagem e, deste modo, do conhecimento das necessidades do paciente nessa fase para, a partir daí, planejar intervenções terapêuticas capazes de prestar assistência de qualidade àquela clientela.

Como no processo de sistematização evidenciam-se algumas lacunas, sentiu-se a urgência de desenvolver um trabalho que possibilite o norteamento para uma sistematização mais complexa e ajude no direcionamento do cuidado de enfermagem. Intencionou-se construir um trabalho voltado para a identificação dos diagnósticos de enfermagem segundo a taxonomia II da NANDA, mediante uso da classificação das intervenções de enfermagem e a classificação dos resultados de enfermagem.

Diante do exposto, percebe-se a relevância do assunto para os profissionais de enfermagem, pois o cuidado de enfermagem aos pacientes no pós-operatório é de grande importância para esses profissionais, e merece especial atenção, em virtude de indicar a necessidade de assistência de enfermagem à pessoa objeto de cuidado.

A identificação de diagnósticos específicos é fundamental, porquanto a partir desta, poderá se traçar um plano de intervenções o mais preciso possível. O objetivo do plano é direcionar o tratamento e, assim atender melhor às necessidades dos pacientes, contribuindo para a construção do conhecimento e engrandecimento da enfermagem. A NANDA tem colaborado para o desenvolvimento e aperfeiçoamento dos diagnósticos de enfermagem e de um sistema para classificá-los em uma taxonomia⁽¹⁰⁾. Conforme a literatura, a taxonomia da NANDA implica um arranjo sistemático de fenômenos de enfermagem relacionados em grupos e baseados nas características que esses fenômenos possuem em comum⁽¹⁰⁾.

Em substituição à classificação pautada nos Padrões de Respostas Humanas (taxonomia I) surgiu a taxonomia II da NANDA, multiaxial e com flexibilidade da nomenclatura permitindo modificações e inclusão de novos diagnósticos⁽¹⁰⁾.

A NIC é considerada uma classificação abrangente, pois abarca intervenções da prática generalista até as áreas de especialidade e padronizada, e pode ser utilizada por diferentes pessoas, em diversas partes do mundo. Nesse caso, o foco da atenção é o comportamento do enfermeiro, isso é, o que faz para auxiliar o paciente na obtenção do resultado desejado⁹. Conforme se ressalta, tais intervenções poderão estar relacionadas aos diagnósticos de enfermagem da NANDA. Portanto, as ligações entre NANDA e NIC facilitam a fundamentação diagnóstica e a tomada de decisão clínica pelos enfermeiros⁽¹¹⁾.

Quanto a NOC, é usada para avaliar os resultados nas intervenções de enfermagem. Tem como objetivos: a identificação, a rotulação, a validação, a classificação dos resultados e a testagem dos procedimentos de medida para os resultados e indicadores. Nessa classificação, a enfermagem trabalha com os resultados mais influenciados pelas intervenções de enfermagem⁽¹²⁾. A exemplo da NIC, na NOC os resultados podem ser utilizados por outras disciplinas. Além disso, os resultados da NOC podem estar relacionados aos diagnósticos da NANDA.

O presente estudo perseguiu os seguintes objetivos: a identificação dos diagnósticos de enfermagem, segundo a taxonomia II da NANDA para o planejamento da assistência de enfermagem em pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca de revascularização do miocárdio; a identificação das intervenções de enfermagem, segundo a NIC, a partir dos diagnósticos encontrados, e a associação dos resultados de enfermagem, segundo a NOC, com base nas intervenções planejadas.

2. METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa descritiva-exploratória, do tipo transversal, na

qual procurou-se identificar os diagnósticos de enfermagem apresentados pelos pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca de RM. A pesquisa foi realizada em um hospital do município de Fortaleza-CE, pertencente à rede pública e referência estadual, em nível terciário de atenção à saúde, na área de Cardiologia e Pneumologia.

A população do estudo compôs-se pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca de RM e a escolha da amostra foi feita mediante amostragem intencional. Nesse tipo de processo de escolha é identificado propositalmente um grupo que irá fazer parte da amostra⁽¹³⁾.

Do presente estudo participaram 22 pacientes após terem ultrapassado 24 horas de cirurgia cardíaca de RM e que estavam internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) pós-operatória, independente de sexo ou idade. Eles foram escolhidos porque, conforme ressaltado nas literaturas pesquisadas, a maioria dos trabalhos é com pacientes no pós-operatório imediato. A coleta de dados ocorreu nos meses de maio e junho.

Na coleta de dados foi aplicado um instrumento segundo os domínios da taxonomia II da NANDA, além de exame físico e consulta de exames laboratoriais. Houve pré-teste, e posteriormente foram promovidos ajustes necessários.

Após a coleta de dados, procedeu-se à identificação dos diagnósticos de enfermagem. Nela utilizou-se o processo de raciocínio diagnóstico, que é gradual, interativo e intuitivo. O reconhecimento das evidências, a geração mental dos possíveis diagnósticos, a comparação das evidências com tais diagnósticos, a coleta focalizada e a validação dos diagnósticos fazem parte do processo.

Na coleta de dados para a formulação dos diagnósticos de enfermagem, o profissional deteve-se informações com base em idéias estabelecidas sobre o que deveria acontecer com os pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca. Em seguida, os dados foram caracterizados, organizados e agrupados de maneira lógica e sistematizada. Alguns diagnósticos foram gerados, mas se evitou fechá-los. Posteriormente se compararam as evidências com possíveis diagnósticos encontrados na taxonomia II da NANDA. Concluídas essas etapas, focalizaram-se os dados para obter os diagnósticos e, em seguida validaram-se os diagnósticos ao compará-los com a evolução e a sistematização feita pelas enfermeiras que prestavam cuidados aos pacientes.

Após a elaboração dos diagnósticos, os dados foram compilados em um banco de dados criados no Programa Epi Info, revisão 2 e organizados como exposto no quadro. Em seguida foi feita a análise a partir da leitura das frequências numéricas, consolidando-as na literatura pertinente.

Nesta pesquisa foram respeitados os preceitos éticos e legais a serem seguidos nas investigações envolvendo seres humanos, conforme preconiza a Resolução 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde⁽¹⁴⁾. Para tanto, o projeto em pauta foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do hospital destinado ao estudo.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Diagnósticos de Enfermagem

Os dados foram organizados no relacionado à caracterização dos participantes quanto a identificação, diagnósticos de médicos, diagnósticos de enfermagem e fatores de risco à ocorrência de doença coronariana.

A faixa etária dos participantes submetidos a cirurgia de RM variou de 37 a 87 anos. Prevaleceu a faixa entre 67 e 77 anos (31,8%). Quanto ao sexo, a prevalência de homens (63,6%) foi maior do que a de mulheres (36,4%). A maioria dos participantes residiam na capital (54,5%), 41,0% eram oriundos do interior do Estado e apenas 4,5% provinham de outro Estado. Como mostrou a escolaridade, nenhum

participante possuía nível superior, a maioria não deles não haviam completado o ensino fundamental (45,5%) e outros não sabiam ler e escrever (31,8%).

Entre os diagnósticos médicos encontrados que conduziram à cirurgia cardíaca de RM, os de maior evidência foram a insuficiência coronariana -ICO (72,8%) e o IAM (72,8%). Estava presente, também, angina instável (36,4%), porém com frequência menor.

Dos fatores de risco evidenciados, os mais prevalentes foram a HAS (86,4%), o tabagismo (63,6%) e o diabetes melitus (45,5%). Foram encontrados, ainda, dislipidemia -DLP (40,9%) e doença pulmonar obstrutiva crônica- DPOC (4,5%).

No Quadro 1 constam os diagnósticos de enfermagem identificados. No entanto, serão comentados apenas os de frequência maior que 50%.

Diagnósticos de enfermagem	f	%
Risco para infecção	22	100,0
Risco para constipação	22	100,0
Déficit no autocuidado para vestir-se	22	100,0
Integridade da pele prejudicada	22	100,0
Mobilidade física prejudicada	20	90,9
Integridade tissular prejudicada	20	90,9
Déficit no autocuidado para alimentação	15	68,2
Padrão de sono perturbado	15	68,2
Padrão respiratório ineficaz	15	68,2
Ansiedade	15	68,2
Desobstrução ineficaz das vias aéreas	14	63,6
Dor aguda	13	59,1
Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais	11	50,0
Ventilação espontânea prejudicada	11	50,0
Risco para intolerância à atividade	11	50,0
Troca de gases prejudicada	8	36,4
Risco para aspiração	6	27,3
Comunicação verbal prejudicada	6	27,3
Volume de líquidos deficientes	4	18,2

Quadro 1. Distribuição da frequência (n=22) dos diagnósticos de enfermagem identificados nos participantes do estudo.

Foram encontrados 19 diagnósticos de enfermagem. Destes, 15 apresentaram frequência maior que 50%. Os de maior prevalência foram Risco para infecção, Risco para constipação, Déficit no autocuidado para higiene íntima, Integridade da pele prejudicada, todos com a mesma frequência (100%). Outros diagnósticos também tiveram frequência elevada, quais sejam: Mobilidade física prejudicada e Integridade tissular prejudicada (90,9%); Déficit no autocuidado para alimentação, Padrão de sono perturbado, Padrão respiratório ineficaz, Ansiedade (68,2%); Desobstrução ineficaz das vias aéreas (63,6%); Dor aguda (59,1%); Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais, juntamente com Ventilação espontânea prejudicada e Risco para intolerância à atividade (50,0%).

Define-se Risco para infecção como o aumento do risco de invasão de patógenos⁽¹⁰⁾. Este diagnóstico é comumente identificado em pessoas submetidas a cirurgia cardíaca de RM. No estudo, estava presente em todos os participantes e possuía forte relação com os procedimentos invasivos, como o cateterismo vesical, o acesso central, os drenos de tórax e mediastino, o acesso para pressão arterial média, além da destruição dos tecidos e das defesas primárias inadequadas (pele rompida) devido a cirurgia cardíaca. Todos os procedimentos invasivos constituem risco para a presença de patógenos como as bactérias. O ambiente hospitalar também favorece o surgimento dos patógenos. Portanto, quanto maior o número de procedimentos invasivos, maior o risco de infecção.

Conforme evidenciado em estudo realizado por Galdeano e Rossi⁽¹⁵⁾, o risco para infecção esteve presente em 100% dos participantes da pesquisa ora desenvolvida. De acordo com esses autores, a cirurgia rompe a barreira epitelial, impedindo a chegada de glicose, aminoácido e oxigênio ao tecido. Desse modo, ocorre o desencadeamento de uma série de reações sistêmicas que facilitam a ocorrência de infecção.

Entretanto, além dos procedimentos invasivos e da defesa primária insuficiente causada pelo trauma cirúrgico, outros fatores influenciam na incidência da infecção na ferida operatória, como idade, estado nutricional, doenças crônicas, permanência hospitalar e fatores relacionados à circulação extracorpórea.

O diagnóstico de enfermagem Risco para constipação é definido como o risco para uma diminuição da frequência normal de evacuação, acrescida da dificuldade decorrente da passagem de fezes duras e secas⁽¹⁰⁾. Todos os participantes apresentaram risco para constipação e tinham como fatores de risco os funcionais (atividade física insuficiente) e os fisiológicos (mudanças nos padrões habituais de comida e alimentação, além da motilidade diminuída no trato gastrointestinal). O diagnóstico risco para constipação apareceu em trabalho desenvolvido⁽¹⁶⁾ com pacientes internados na UTI e com IAM, porém a frequência desse diagnóstico foi de 5%, diferente do presente estudo, no qual a frequência foi de 100%.

Déficit no autocuidado para vestir-se compreende a capacidade prejudicada de realizar as atividades de arrumar-se⁽¹⁰⁾. No estudo, todos evidenciaram este déficit. Os pacientes não conseguiam realizar algumas atividades sozinhos, como tomar banho, vestir-se, cuidar da higiene íntima. No grupo participante, este diagnóstico mostrou forte relação com a dor na incisão cirúrgica e drenos, além da presença dos acessos. A fraqueza/cansaço também se revelou como fator de risco, ligado ao procedimento cirúrgico, no qual se perde grande quantidade de líquidos e eletrólitos e componentes sanguíneos. As características definidoras encontradas entre os participantes foram a incapacidade para retirar ou colocar itens para o vestuário, vestir roupas, calçar sapatos. Assim como no presente estudo, em pesquisa sobre pacientes com infarto agudo do miocárdio, Martins e Garcia⁽¹⁶⁾ identificaram o diagnóstico de Déficit do autocuidado para vestir-se, com frequência de 60%.

O banho no leito, a ação de vestir-se e realizar a higiene íntima tornam-se uma necessidade humana essencial para os pacientes, que precisam de repouso absoluto, ou cuja mobilidade e locomoção estejam afetadas. Cabe à enfermagem prestar assistência direta a estes pacientes. Todavia, muitas vezes, o grau de dependência desses pacientes não é determinado. Alguns deles, ao serem banhados e arrumados, recebem ajuda maior do que necessitam enquanto outros não têm o devido auxílio. Na UTI muitos pacientes não possuem capacidade de autocuidado. Apesar disso, a enfermeira deve avaliar e atentar para a participação dos paciente no próprio cuidado, como pentear os cabelos e fazer a higiene íntima.

Já o diagnóstico Integridade da pele prejudicada é definido como a alteração da derme e/ou epiderme⁽¹⁰⁾. Todos os participantes tinham a integridade da pele prejudicada em decorrência da incisão da cirurgia, pois com a incisão a derme e a epiderme sofreram alteração. Algumas características definidoras foram encontradas entre os participantes, a exemplo da destruição da camada da pele (derme), além do rompimento da pele (epiderme). Outro forte fator relacionado foi o estado metabólico alterado, pois a cirurgia de RM produz mudanças no metabolismo dos participantes.

No estudo de Galdeano e Rossi⁽¹⁵⁾, o diagnóstico Integridade da pele prejudicada também foi comum aos pacientes. Assim, como na presente investigação, aquele diagnóstico estava relacionado a fatores mecânicos, secundários aos procedimentos. O paciente submetido a cirurgia cardíaca permanece imóvel por longo período. Conseqüentemente, aumenta a susceptibilidade em adquirir uma lesão perioperatória de posicionamento. Além disso, os agentes anestésicos interferem na vasodilatação e constricção normal, reduz, portanto, a perfusão para as proeminências ósseas e para as regiões sob pressão⁽¹⁷⁾.

O diagnóstico Mobilidade física prejudicada esteve presente em grande parte das pessoas submetidas ao procedimento cirúrgico de RM. Entende-se este diagnóstico como a limitação no movimento físico do corpo ou de uma ou mais extremidades⁽¹⁰⁾, sendo o fator de risco mais importante a dor relacionada ao movimento do tórax. O outro fator

relacionado e de relevância foi a intolerância à atividade, diagnóstico comum nos primeiros dias de pós-operatório.

Por Déficit no autocuidado para alimentação entende-se a capacidade prejudicada para desempenhar ou completar atividades relacionadas à alimentação. Na maioria dos participantes, este diagnóstico esteve presente. Assim como no Déficit do autocuidado para vestir-se, este diagnóstico também possuía forte relação com a dor (esternotomia) e fraqueza. Em estudo semelhante⁽¹⁶⁾, esse diagnóstico está presente, porém com frequência diminuída, apenas 5%.

O diagnóstico Padrão de sono perturbado é definido como distúrbio com tempo limitado na quantidade ou qualidade do sono⁽¹⁰⁾. Apresenta a insatisfação com o sono como uma característica definidora. Conforme se acredita, a iluminação do ambiente, a preocupação com a saúde, a mudança de ambiente e o hábito de sono e posição estão relacionados com o diagnóstico. Esse diagnóstico também está presente em outro estudo⁽¹⁶⁾, no qual, a iluminação, o ruído e a temperatura ambiental comprometiam o sono dos pacientes.

Tais achados contradizem os princípios defendidos por Florence Nightingale, para quem o ambiente do paciente deve ser terapêutico e restaurador, de modo a não desperdiçar energia desnecessária, particularmente em virtude de o sono representar um dos processos restauradores da saúde⁽¹⁷⁾.

Entende-se o diagnóstico Padrão respiratório ineficaz como a não proporção da ventilação adequada da inspiração e expiração⁽¹⁰⁾ tal como encontrado em boa parte dos participantes. Identificou-se como característica definidora a presença de dispnéia e o uso da musculatura acessória para respirar. Alguns participantes evidenciavam padrão respiratório anormal, como dispnéia e taquipnéia, e estavam em uso de suporte de oxigênio. A dor, ansiedade e fadiga da musculatura respiratória estiveram relacionadas ao Padrão respiratório ineficaz.

Em alguns participantes, percebeu-se o diagnóstico Ansiedade, definido como preocupação ou medo relacionados à morte⁽¹⁰⁾. Este diagnóstico mostrou-se evidente devido a mudança no ambiente, a UTI, como um lugar desconhecido e assustador, além da distância da família, e preocupações financeiras e familiares. Em estudo já realizado⁽⁹⁾, o diagnóstico Ansiedade estava presente no período pré-operatório mas não no pós-operatório. A ansiedade desses pacientes estava relacionada ao procedimento cirúrgico e ao medo da morte.

A Desobstrução ineficaz das vias aéreas é definida como a incapacidade do organismo de eliminar secreções ou obstruções para manter pervias as vias aéreas⁽¹⁰⁾. Quando o pulmão possui volume de sangue aumentado nos espaços intersticiais e alveolares provoca reação e produz secreções. Se essas secreções estiverem retidas ou forem excessivas dificultam a desobstrução das vias aéreas. No grupo, o fumo apareceu como fator relacionado. O tabagismo desencadeia tosse matinal e intensa que pode acumular secreções se não houver condições de expelir. Alguns pacientes, embora com intensidade diminuída, estavam com via aérea artificial. As características definidoras foram dispnéia, taquipnéia e tosse ineficaz.

Por Dor aguda entende-se experiência sensorial e emocional desagradável, podendo ser de início súbito ou lento, com intensidade de leve a grave⁽¹⁰⁾. Este diagnóstico indicou como característica definidora a expressão facial de dor, ao tossir e movimentar. Ele justifica-se pela presença da "quebra" da barreira epitelial e é provocado pela lesão tecidual. Em estudo⁽¹⁸⁾ com pacientes no pós-operatório, foi encontrado esse diagnóstico, presente em 100% dos pacientes.

É importante atentar-se para a queixa de dor do paciente, pois, à falta de cuidados necessários, poderá haver um desencadeamento de ansiedade, com alterações de sinais vitais e dispêndio de energia.

Em Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais, a ingestão de alimentos insuficientes para satisfazer às necessidades metabólicas é a definição⁽¹⁰⁾. Os pacientes no pós-operatório relataram

falta de apetite, provavelmente relacionado à mudança de alimentos, além da ansiedade de recuperação da saúde. Tal diagnóstico também já foi encontrado⁽¹³⁾, esteve presente em 15% dos participantes.

A Ventilação espontânea prejudicada é definida como a incapacidade da pessoa em manter padrão respiratório adequado. Como características definidoras evidenciadas mencionam-se a dispnéia, o uso da musculatura acessória e a frequência cardíaca aumentada. A fadiga da musculatura acessória, também, estava relacionada a esse diagnóstico. O Risco para intolerância à atividade é o risco que alguém possui para apresentar insuficiente energia para suportar ou completar as atividades requeridas. Nesta investigação, os problemas circulatórios estavam associados a situação na qual a sobrecarga cardíaca prejudica o dispêndio de energia, e, conseqüentemente, o coração fica com seu trabalho de bombeamento reduzido.

Os fatores de risco são aqueles que aumentam a vulnerabilidade para a ocorrência de um evento, enquanto os fatores relacionados apresentam relação padronizada com o diagnóstico de enfermagem⁽¹⁰⁾. Embora a maioria dos diagnósticos de enfermagem possuam fatores de risco ou fatores relacionados, alguns não possuem nenhum dos dois. Entre os fatores relacionados identificados, os mais comuns foram: mobilidade prejudicada, dor, fraqueza, ansiedade, fumo, agentes lesivos, fadiga da musculatura respiratória.

A dor é um fator relacionado a alguns diagnósticos, e sua presença causa vários problemas, como mobilidade, ansiedade, privação do sono e mudança na alimentação. A mobilidade prejudicada decorre da dor ao movimento, da existência de drenos, acessos, fraqueza. A ansiedade estava presente em decorrência da ausência da família, do ambiente desconhecido, da preocupação com a saúde, com a família.

Como fatores de risco presentes identificaram-se: procedimentos invasivos, atividade física insuficiente, mudança nos padrões de alimentação e problemas circulatórios. A mudança na alimentação provocou diminuição da ingestão das necessidades nutricionais. Tal fato pode acarretar problemas na recuperação, cicatrização. Os procedimentos invasivos são risco para infecção, já que a integridade da pele está prejudicada e, portanto, facilita a entrada de patógenos. A presença de problemas circulatórios conduziu a risco para intolerância à atividade, isto é, tais problemas propiciaram intolerância na mobilização.

3.2 Intervenções e Resultados Sugeridos

A partir dos principais diagnósticos encontrados no estudo. Foram identificadas as principais intervenções e resultados de acordo com a ligação entre NANDA, NIC e NOC.

Risco para infecção

- Intervenções: realizar banho; supervisionar a pele durante o banho, os locais de acesso, a inserção dos drenos, as suturas; cuidar do local da incisão: realizar curativos –esternotomia, safenectomia; cuidar da manipulação de sonda vesical e drenos; controlar nutrição.

- Resultados esperados: controle de riscos, detecção de riscos, integridade tissular, cicatrização de feridas por primeira intenção.

Risco para constipação

- Intervenções: proporcionar ambiente reservado; oferecer líquidos, se não houver restrição hídrica; planejar a dieta; administrar medicamentos quando prescritos; promover exercício quando possível.

- Resultados esperados: eliminação intestinal, hidratação.

Déficit no autocuidado para vestir-se

- Intervenções: dar banho no leito; assistir no autocuidado para vestir-se/arrumar-se.

- Resultados esperados: autocuidado para as atividades diárias; vestir-se, arrumar-se, higiene.

Integridade da pele prejudicada

- Intervenções: cuidar do local de incisão e lesões; proteger contra

infecção; prevenir úlcera de pressão; supervisionar a pele.

- Resultados esperados: integridade tissular: pele e mucosas, cicatrização das feridas por primeira intenção, autocuidado, estado nutricional.

Mobilidade física prejudicada

- Intervenções: cuidar do repouso no leito; assistir no autocuidado; promover exercício.

- Resultados esperados: nível de mobilidade, locomoção.

Integridade tissular prejudicada

- Intervenções: cuidar das lesões, suturas; proteger contra infecção; prevenir úlceras de pressão.

- Resultados esperados: integridade tissular: pele e mucosas, cicatrização de feridas por primeira intenção.

Déficit no autocuidado para alimentação

- Intervenções: auxiliar durante a alimentação; administrar dieta por sonda nasogástrica/nasoenteral.

- Resultados esperados: estado nutricional, autocuidado com a alimentação.

Padrão de sono perturbado

- Intervenções: proporcionar ambiente tranquilo; reduzir ansiedade.

- Resultado esperado: sono.

Padrão respiratório ineficaz

- Intervenções: oferecer e/ou manter oxigenoterapia; monitorizar a função respiratória.

- Resultados esperados: ventilação, nível de conforto.

Ansiedade

- Intervenções: reduzir a ansiedade, mediante diálogos com o paciente, informações sobre o estado de saúde.

- Resultados esperados: controle da ansiedade, enfrentamento.

Desobstrução ineficaz das vias aéreas

- Intervenções: oferecer assistência ventilatória; monitorizar a função respiratória; posicionar o paciente; precauções contra aspiração.

- Resultados esperados: troca de gases, ventilação.

Dor aguda

- Intervenções: administrar análgescos prescritos; aplicar calor/frio.

- Resultados esperados: controle da dor, nível de conforto, controle dos sintomas.

Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais

- Intervenção: auxiliar na alimentação.

- Resultados esperados: estado nutricional: ingestão de alimentos e líquidos.

Ventilação espontânea prejudicada

- Intervenções: monitorizar a função respiratória; posicionar o paciente adequadamente; oferecer e/ou manter oxigenoterapia.

- Resultados esperados: ventilação espontânea adequada.

Risco para intolerância à atividade

- Intervenções: promover exercício; oxigenoterapia.

- Resultados esperados: controle da dor, ventilação.

Ao fazer a ligação entre os diagnósticos de enfermagem e a classificação das intervenções de enfermagem e dos resultados, percebeu-se que muitas das intervenções se repetem, isto é, os diagnósticos estão interligados e, portanto, as intervenções também aparecem interligadas.

Entretanto, deve-se salientar, as ligações são apenas guias, pois a enfermeira precisa estar sempre avaliando a situação tanto para ajustar aos diagnósticos as intervenções como os resultados a fim de adaptá-los à realidade de cada paciente. As ligações, portanto, não são prescritivas e não substituem o julgamento clínico da enfermeira.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo possibilitaram a elaboração de intervenções de enfermagem segundo a NIC, para os pacientes no pós-operatório

de cirurgia cardíaca. Este trabalho pode vir a ser o início de um estudo de validação por meio da prática clínica, ou, ainda, constituir subsídio para as enfermeiras no cuidado de pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca.

É fundamental desenvolver pesquisas relacionadas à identificação dos diagnósticos de enfermagem com o objetivo de direcioná-las à análise de problemas dos pacientes que demandam ações específicas

de enfermagem. Dessa forma, pode-se contribuir para o desenvolvimento científico da profissão.

Conhecer os problemas de saúde de um grupo de pessoas com características comuns poderá também direcionar a assistência de enfermagem, ao fornecer subsídios para a elaboração de planos de cuidados, implementação das intervenções e avaliação de acordo com as necessidades do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília (DF): Organização Mundial da Saúde (OMS); 2003. (Relatório Mundial).
2. CARMEN: iniciativa para a prevenção integrada de doenças não - transmissíveis nas Américas. Brasília (DF): Organização Pan Americana de Saúde (OPAS); 2003.
3. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Sudarth - Enfermagem médico-cirúrgica. 9ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara-Koogan; 2002.
4. Galdeano LE, Rossi LA, Nobre LF, Ignácio DS. Diagnóstico de enfermagem de pacientes no período transoperatório de cirurgia cardíaca. Rev Latino-am Enfermagem 2003 mar; 11(2):199-206.
5. Seifert PC. Cirurgia cardíaca. In: Meeker MH, Rothrock CJ, organizadores. Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 10ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara-Koogan; 1995. p. 995-1056.
6. Arnoni AS, Chaccor P, Abdulmassih Neto C. Cirurgia de Revascularização do Miocárdio. In: Timerman A, Souza JEMR, Piegas LS, organizadores. Urgências cardiovasculares. 2ª ed. São Paulo (SP): Sarvier; 1996. p. 322-25.
7. Zanetti ML, Marziale MHP, Robazzi MLCC. O modelo de Horta, a taxonomia de NANDA e o método de solução de problemas como estratégia na assistência de enfermagem. Rev Gaúcha Enferm 1994 jan-dez; 15(1/2): 76-84.
8. NANDA. Diagnósticos de enfermagem da NANDA (North American Nursing Diagnoses Association). Definições e classificação (1999-2000). Tradução de Jeanne Liliane Marlene Michel. Porto Alegre (RS): Artmed; 2000.
9. Johnson M, Bulechek G, Dochterman JM, Maas SM. Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem: ligações entre NANDA, NOC e NIC. Tradução de Ana Thorel. Porto Alegre (RS): Artmed, 2005.
10. NANDA. Diagnósticos de enfermagem da NANDA (North American Nursing Diagnoses Association) Definições e classificação (2001-2002). Tradução de Jeanne Liliane Marlene Michel. Porto Alegre (RS): Artmed; 2003.
11. McCloskey JC, Bulechek GM. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). Tradução de Regina Garcez. 3ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2004.
12. Johnson M, Maas SM, Moorhead S. Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC). Tradução de Regina Garcez. 2ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2004.
13. Martins GA. Estatística geral e aplicada. 2ª ed. São Paulo (SP): Atlas; 2001.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/1996. Brasília (DF): MS; 1996.
15. Galdeano L, Rossi LA. Construção e validação de instrumento de coleta de dados para o período perioperatório de cirurgia cardíaca. Rev Latino-am Enfermagem 2002 nov-dez; 10(6): 800-4.
16. Martins DL, Garcia TR. Perfil diagnóstico de enfermagem de pacientes acometidos por infarto agudo do miocárdio de acordo com o modelo conceitual de Florence Nightingale. Rev Esc Enf USP 2004 30(3): 501-18.
17. Fortuna ABP. Pós-operatório imediato em cirurgia cardíaca. 2ª ed. São Paulo (SP): Atheneu; 1992.
18. Nightingale F. Notas sobre enfermagem: o que é e que não é. Tradução de Amália Correa de Carvalho. Ribeirão Preto (SP): Cortez; 1989.