

CUIDADOS INTENSIVOS SISTEMATIZADOS AO PACIENTE EM PÓS-OPERATÓRIO CARDÍACO

Patient systematic intensive care in post-operative cardiac

Patient systematic intensive care in post-operatório cardiac

Laércio Deleon de Melo¹, Daniella Andrade Silva², Juliana Silva Jeremias³

Como citar este artigo:

Melo LD, Silva DA, Jeremias JS. Cuidados intensivos sistematizados ao paciente em pós-operatório cardíaco. Rev Fund Care Online. 2021 jan/dez;- 13:467-476. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.7932>

RESUMO

Objetivo: conhecer o estado da arte atual a respeito da Sistematização da Assistência de Enfermagem nos cuidados intensivos ao paciente em Pós-operatório Cardíaco. **Métodos:** revisão integrativa de dados indexados a partir de 2012 em conformidade com o Protocolo *Reporting of Qualitative Research Studies*. **Resultados:** elegíveis 08 artigos de 40 pré-selecionados com adensamento de evidências capazes de responder ao objetivo de investigação. **Discussão:** perceber o paciente cirúrgico no escopo de suas necessidades físicas, emocionais, espirituais e sociais, demanda do Enfermeiro Intensivista constante atualização teórica e metodológica para fundamentar uma prática baseada em Diagnósticos e Prescrições das Intervenções de Enfermagem capazes de suprir as demandas do paciente. **Conclusão:** a estruturação do cuidado no qual a Sistematização da Assistência de Enfermagem alicerça metodologicamente a aplicação dos conhecimentos como viabilizadores do Processo de Enfermagem permite a realização de um cuidado intensivo diferenciado ao Paciente em Pós-operatório cardíaco.

Descritores: Enfermagem; Cuidados pós-operatórios; Cardiologia; Unidade de terapia intensiva.

¹ Graduada em enfermagem pela Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora (FCMS-JF), Especialista em Terapia Intensiva Neonatal e Adulto pela FCMS-JF, Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Professora do Centro Universitário Estácio de Juiz de Fora.

² Graduada em Enfermagem pela FCMS-JF, Especialista em Terapia Intensiva Neonatal e Adulto pela FCMS-JF, Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família.

³ Licenciada em Enfermagem pela FCMS-JF, Especialista em Psicanálise Clínica e Cultural pelo Centro Universitário Celso Lisboa, Enfermeira de Terapia Intensiva do Centro Ortopédico Tjutrauma Clínica e Hospital.

ABSTRACT

Objective: to know the current state of the art regarding the Systematization of Nursing Care in the intensive care to the patient in Post-operative Cardiac. **Methods:** integrative review of indexed data as of 2012 in accordance with the Protocol Reporting of Qualitative Research Studies. **Results:** eligible 08 articles from 40 pre-selected with denser evidence capable of responding to the objective in research. **Discussion:** to perceive the surgical patient in the scope of their physical, emotional, spiritual and social needs, the Intensive Nurse's demand constant theoretical and methodological update to base a practice based on Diagnoses and Prescriptions of Nursing Interventions able to meet the demands of the patient. **Conclusion:** the structure of care in which the Nursing Assistance Systematization methodologically supports the application of knowledge as an enabler of the Nursing Process allows the performance of an intensive care differentiated to the Patient in the Cardiac Post-operative.

Descriptors: Nursing; Post-operative Care; Cardiology; Intensive Care Unit.

RESUMEN

Objetivo: Conocer el estado del arte actual respecto a la Sistematización de la Asistencia de Enfermería en los cuidados intensivos al paciente en Post-operatorio Cardíaco. **Métodos:** Revisión integrativa de datos indexados a partir de 2012 de conformidad con el Protocolo de informes de expertos en investigación. **Resultados:** Elegibles 08 artículos de 40 preseleccionados con adensamiento de evidencias capaces de responder al objetivo de investigación. **Discusión:** Percibir al paciente quirúrgico en el alcance de sus necesidades físicas, emocionales, espirituales y sociales, demanda del Enfermero Intensivista constante actualización teórica y metodológica para fundamentar una práctica basada en Diagnósticos y Prescripciones de las Intervenciones de Enfermería capaces de suplir las demandas del paciente. **Conclusión:** La estructuración del cuidado en el que la Sistematización de la Asistencia de Enfermería fundamenta metodológicamente la aplicación de los conocimientos como viabilizadores del Proceso de Enfermería permite la realización de un cuidado intensivo diferenciado al Paciente en Post-operatorio cardíaco.

Descriptores: Enfermería; Cuidados postoperatorios; Cardiología; Unidad de terapia. intensiva.

INTRODUÇÃO

As Doenças Cardiovasculares (DCV's) são responsáveis por um terço do total de óbitos mundial, consideradas uma das principais causas de morbimortalidade e um grave problema de saúde pública, representam 65% da taxa de mortalidade de pessoas com idade entre 30 e 69 anos, e cerca de 20% da mortalidade de pessoas com idade ≥ 30 anos.^{1,2,3}

A incidência de óbitos crescente, para ambos os gêneros: masculino (15,3%) e feminino (12,8%); se agrava de forma progressiva e independente.^{2,4,5} Tendências estatísticas brasileiras indicam que a mortalidade de algumas DCV's vem diminuindo gradativamente, justificada por melhorias no enfrentamento favorável ao prognóstico da doença, inclusão de novas tecnologias e tratamentos modernizados; em contrapartida a demanda por atendimento hospitalar em todos os níveis de atenção a saúde aumentam.³

O documento "Cuidados Inovadores para as Condições Crônicas" da Organização Mundial da Saúde (OMS)

estabelece que pessoas portadoras de DCV's, necessitam de cuidados planejados capazes de prever necessidades básicas e proporcionar uma atenção à saúde integral e especializada.¹

A partir dos diferentes fatores de morbidade, o desenvolvimento das DCV's, pode resultar em alguma intervenção de natureza cirúrgica segundo a classificação da doença em aguda, crônica ou congênita.⁴ O aumento da probabilidade de promoção de uma vida útil e com qualidade de vida ao paciente após cirurgia cardíaca quando comparada à apenas o tratamento clínico é fator essencial sobre a opção por tratamento cirúrgico.³

A cirurgia cardíaca é complexa e possui repercussões orgânicas que alteram de diversas formas os mecanismos fisiológicos e estabilidade hemodinâmica do paciente, justificando a demanda por cuidados intensivos de manutenção e reabilitação no Pós-operatório (PO), que resulte na rápida recuperação e programação de alta precoce.^{3,5}

A complexidade dos cuidados intensivos requeridos por estes pacientes, cujas condições de saúde podem variar a cada instante, exige cuidados de enfermagem fundamentados num método sistematizado, que privilegie a tomada de decisão baseada em conhecimento técnico-científico padronizado e atualizado e tenha como objetivo prevenir, detectar e atender às complicações que possam advir do ato anestésico, cirúrgico e de sua permanência no contexto intensivo, capaz de promover a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).¹

A sustentabilidade da Enfermagem enquanto ciência da saúde está alicerçada numa ampla estrutura teórica, científica, metodológica e prática clínica na qual a SAE inserida no Processo de Enfermagem (PE) representam a ferramenta por meio da qual é possível estruturar e aplicar o arcabouço de conhecimentos científicos à prática clínica; enquanto método sistematizado e processual para resolução dos problemas, com atendimento das necessidades do paciente de forma holística.^{6,7}

Desse modo, foi elaborada a questão de pesquisa: "Quais os possíveis Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem para o paciente em PO cardíaco na Unidade de Terapia Intensiva (UTI)?" justifica-se assim a investigação pela importância da SAE na promoção de cuidados intensivos fundamentados e eficazes ao suprimento das demandas apresentadas pelo paciente. Sendo assim, objetivou-se conhecer o estado da arte atual a respeito da Sistematização da Assistência de Enfermagem nos cuidados intensivos ao paciente em Pós-operatório Cardíaco.

METODOLOGIA

Revisão integrativa temática e de atualização de artigos científicos publicados a partir de 2012 em conformidade com o Protocolo *Reporting of Qualitative Research Studies* (SRQR). O recorte de tempo escolhido somado ao método utilizado viabilizou uma abordagem capaz de permitir a busca, avaliação crítica, síntese de evidências e identificação das contribuições atualizadas disponíveis na literatura crítica a respeito do objeto de investigação.⁸

Visando a manutenção do rigor científico da revisão integrativa, foram seguidas as seguintes etapas: 1) Identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; 2) estabelecimento dos critérios de inclusão e de exclusão; 3) identificação das investigações pré-selecionadas; 4) categorização das investigações selecionadas; 5) análise e interpretação dos resultados e; 6) apresentação da revisão com síntese do conhecimento (Figura 01).⁸

Foram critérios de elegibilidade: artigos científicos, disponíveis online na íntegra, nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram excluídas investigações que não responderam a questão de pesquisa.

A coleta de dados foi realizada pelo acesso on-line, nos meses de janeiro a maio de 2018, nas bases: *MEDLINE*;

SCIELO e LILACS, com os descritores: “Enfermagem”, “Cuidados Pós-operatórios”, “Cardiologia” e “Unidade de Terapia Intensiva” e suas respectivas traduções; de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) fazendo uso do Operador Boleano *AND* e como recurso de pesquisa à opção “termo exato” na qual os artigos indexados em mais de uma base de dados foram considerados apenas uma vez.

O Instrumento de coleta de dados foi elaborado no *Software Microsoft® Office Word® 2016*, com as variáveis: ano, autores, periódico e título do artigo. Para avaliação e seleção dos artigos inclusos, realizado a leitura do periódico na íntegra, por dois pesquisadores. Foram pré-selecionados 40 investigações sendo elegíveis oito para integrar a revisão.

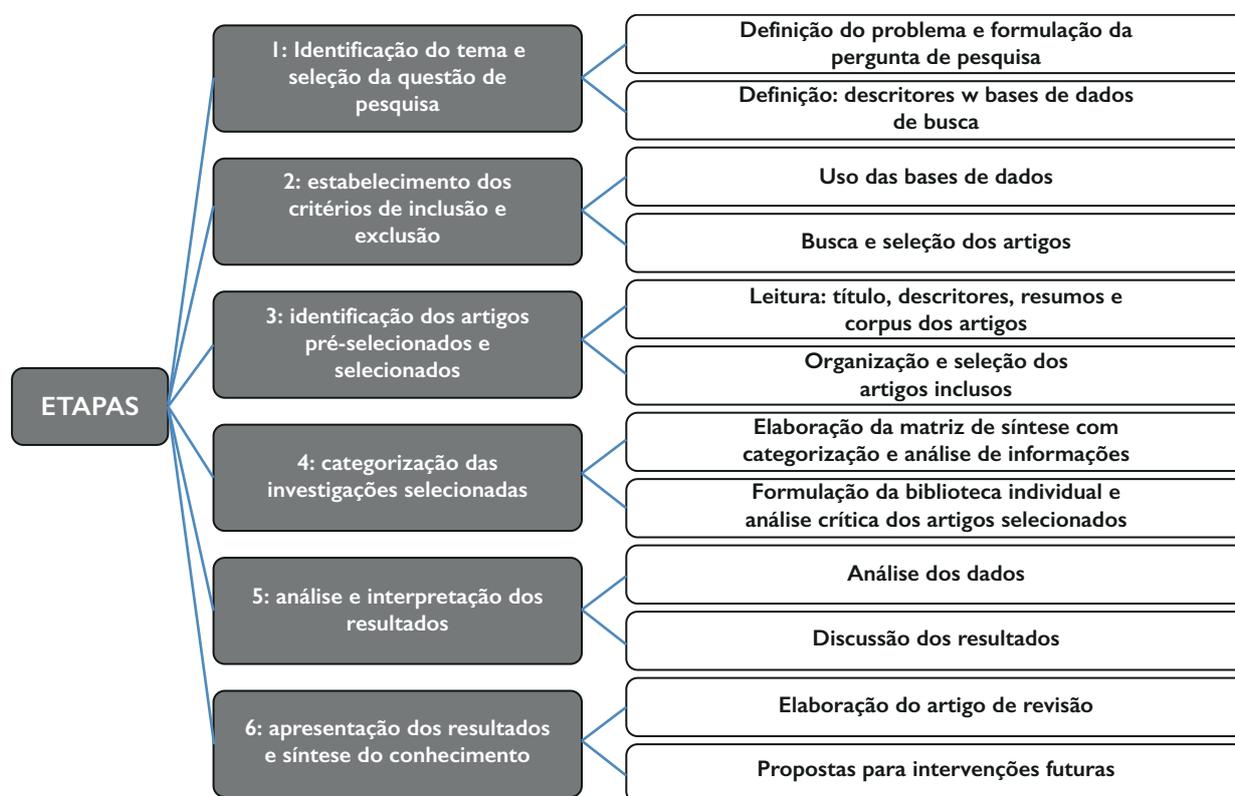


Figura 1 – Etapas da Revisão Integrativa. Juiz de Fora, MG, Brasil, 2018
Nota: Organograma pelos autores, conforme descrição metodológica.

A categorização dos estudos selecionados por meio da elaboração e utilização de uma matriz de síntese com categorização e análise das informações, formulação de uma biblioteca individual no *Software Microsoft® Office World® 2016* para análise crítica dos dados e interpretação dos resultados, organização e tabulação de dados, com leitura minuciosa de cada artigo com extração das contribuições apresentadas em resposta ao objetivo desta investigação.

Na apresentação da revisão os dados foram comparados e agrupados por similaridade de conteúdo, por meio de análise textual discursiva, técnica desenvolvida através de um processo integrado de análise e síntese, baseada em uma leitura exaustiva e aprofundada, descrevendo

e interpretando significados e fenômenos encontrados, organizando os achados para compreensão dos resultados.⁸

RESULTADOS

A síntese dos oito artigos elegíveis para esta revisão foi apresentada na Tabela 1. Cabe mencionar que a Revista Brasileira de Enfermagem apresentou duas publicações, os demais periódicos apresentaram apenas um artigo, fato que pode ser compreendido como uma crescente disseminação do estado da arte sobre a temática em diferentes bases de dados. O número de autores por artigo sofreu uma variação entre um e seis. Quanto ao ano das publicações

inclusas apresentou destaque os anos de 2016 e 2017 com duas cada (Tabela 1).

Quanto aos objetivos propostos pelas publicações inclusas, observou-se uma homogeneidade entre o conjunto de

objetivos identificados capazes de responder aos objetivos desta investigação, conforme contemplado na Tabela 1. Quanto ao delineamento metodológico quatro eram de abordagem qualitativa e quatro quantitativos.

Tabela 1 – Síntese da Revisão Integrativa. Juiz de Fora, MG, Brasil, 2018

Autor	Objetivos	Método	Amostra	Principais Resultados	Conclusões/ Desfechos
Duarte et al. (2012) ⁹	Descrever as necessidades do paciente no PO de cirurgia cardíaca identificadas pelos enfermeiros e discutir o cuidado de enfermagem com base em tais necessidades.	Pesquisa descritiva, exploratória de natureza qualitativa.	Foram 21 enfermeiros atuantes na UCI por período ≥ 6 meses.	Evidenciado uma enfermagem preocupada com o cuidado técnico à beira do leito, porém, desprovida de maior interação com o paciente e sua família.	A adoção plena do PE como metodologia de trabalho contribuirá para uma assistência de melhor qualidade, pautada nas orientações necessárias para cada caso, e para uma melhor informação sobre cuidado envolvendo pacientes, familiares e equipe de enfermagem.
Erdmann et al. (2013) ²⁶	Compreender os significados sobre o processo de viver para pacientes submetidos à cirurgia de RM, e construir um modelo teórico explicativo.	Teoria Fundamentada nos Dados.	Entrevistaram-se 33 sujeitos (pacientes, profissionais de saúde e familiares), distribuídos em quatro grupos amostrais.	O modelo teórico explicativo foi constituído por 11 categorias e pelo fenômeno central. O serviço de referência e o programa de reabilitação cardíaca formaram o contexto, a descoberta da doença cardíaca e os sentimentos vivenciados, durante o período perioperatório, foram causa e condições interventoras no processo de viver a cirurgia de RM. As estratégias foram contar com apoio da família, ter fé, esperança e participar do programa de reabilitação. As principais consequências desse processo foram o enfrentamento das mudanças e consequentes limitações, dificuldades e adaptações ao novo estilo de vida, após a cirurgia.	O processo de viver a cirurgia de RM se configura como oportunidade para a manutenção da vida do paciente, associada às necessidades de enfrentamento das significativas mudanças no estilo de vida.
Amorim et al. (2014) ¹²	Desvelar, a partir da adoção da Teoria do Cuidado Transpessoal, os significados do relacionamento interpessoal terapêutico entre enfermeiro e usuário, sobre a visita pré-operatória de enfermagem após a vivência do processo cirúrgico.	Estudos de casos	Amostra de conveniência constituída por três enfermeiros e três usuários de uma instituição que realiza cirurgia de alta complexidade cardiovascular, perfazendo nove combinações de interações terapêuticas.	Identificaram-se três clusters para apreender a significação da visita pré-operatória pelos usuários e cinco clusters para apreender a percepção dos enfermeiros ao vivenciarem esta experiência clínica.	Ao desvelar os significados do relacionamento interpessoal terapêutico foi possível: 1) identificar que os impressos baseados no referencial teórico/filosófico foram capazes de captar as necessidades dos usuários quando abordados terapêuticamente na VPO; 2) que os enfermeiros dispusessem de respaldo para definir a conduta terapêutica de forma individualizada diante das situações emergentes a partir das informações coletadas por ele a ponto de subsidiar a realização do julgamento clínico e a aplicação do raciocínio diagnóstico; 3) que os diagnósticos identificados e as intervenções implementadas foram avaliadas pelos usuários como favoráveis ao enfrentamento do processo cirúrgico durante o pré e pós-operatório cardíaco e 4) que os próprios enfermeiros avaliaram positivamente o uso do referencial teórico de Watson e das taxonomias NNN na medida em que estes referenciais conferiram visibilidade, cientificidade e autonomia à sua prática clínica.

(Continua)

(Continuação)

Autor	Objetivos	Método	Amostra	Principais Resultados	Conclusões/ Desfechos
Ribeiro et al. (2015) ³	Identificar os diagnósticos de enfermagem de pacientes em PO mediato de cirurgia cardíaca.	Desenho descritivo, transversal.	Foram 26 pacientes em PO mediato de cirurgia cardíaca, internados numa UTI.	Identificados 15 diagnósticos de enfermagem de risco e 34 diagnósticos reais, sendo os mais frequentes relacionados ao domínio segurança e proteção.	A identificação de diagnósticos de enfermagem em pacientes no PO de cirurgia cardíaca permite direcionar a assistência de enfermagem e subsidiar intervenções adequadas às necessidades individuais, pois pacientes nessas condições requerem intervenções imediatas e precisas.
Barreiros et al. (2016) ²⁵	Identificar o perfil e as causas de readmissão de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca.	Estudo retrospectivo, descritivo.	Foram 62 pacientes submetidos à cirurgia de RM ou IPV com readmissão posterior.	A taxa de readmissão foi de 5,9%. A infecção do sítio cirúrgico foi a principal causa de readmissão em 87,5% dos pacientes submetidos à RM e em 12,5% dos IPV ($p < 0,001$) e esteve associada às variáveis obesidade ($p = 0,05$) e dislipidemia ($p = 0,007$).	A identificação dos pacientes em risco para o desenvolvimento de infecção do sítio cirúrgico pode minimizar as taxas de readmissão e diminuir os custos associados ao cuidado, e, merece um planejamento diferenciado de ações multiprofissionais.
Carvalho et al. (2016) ¹	Levantar os diagnósticos de enfermagem segundo a taxonomia II da NANDA Internacional; identificar as intervenções de enfermagem segundo a NIC, a partir dos diagnósticos encontrados; e apresentar os resultados esperados segundo a NOC, com base nas intervenções planejadas.	Abordagem qualitativa, tipo relato de caso.	Avaliação de um paciente em PO mediato de cirurgia cardíaca internado na UTI.	Os diagnósticos de enfermagem encontrados foram: risco de infecção, risco de constipação, risco de quedas, integridade da pele prejudicada, disposição para controle aumentado do regime terapêutico, risco de desequilíbrio eletrolítico, risco de desequilíbrio na temperatura corporal e mobilidade no leito prejudicada. Os diagnósticos de enfermagem levantados estavam inseridos nos domínios: promoção da saúde, nutrição, eliminação e troca, atividade e repouso e segurança/proteção.	O perfil diagnóstico do paciente, elaborado com base em suas necessidades, ofereceu uma fundamentação para determinação das intervenções de enfermagem segundo a NIC, resultando em ações eficazes para a resolução dos problemas.
Sales et al. (2016) ⁶	Traçar o perfil epidemiológico das mulheres submetidas à cirurgia de RM e identificar os principais diagnósticos de enfermagem nestas pacientes.	Pesquisa descritivo-exploratória, do tipo transversal, com abordagem quantitativa.	Foram 30 pacientes do sexo feminino submetidas à cirurgia de RM.	Identificados que 83% das mulheres não praticavam atividades físicas antes da cirurgia e os principais diagnósticos de enfermagem encontrados foram: dor aguda e risco de infecção, ambos relacionados ao procedimento cirúrgico. Também foram identificados os: padrão respiratório ineficaz, insônia e ansiedade com frequências de 60%, 50% e 43% respectivamente.	O diagnóstico de enfermagem trata-se de uma das principais etapas que garantem a assistência de enfermagem eficiente e deve ser explorada no âmbito da assistência cardiovascular.
Machado et al. (2017) ²	Elaborar e validar um protocolo de cuidados de enfermagem a pacientes com DAV.	Estudo descritivo, abordagem quantitativa de validação metodológica de instrumento.	Banco de peritos/Juízes foram enfermeiros que atuavam no Serviço de Cuidados Intensivos.	Com base na validação do conteúdo, elaborou-se um protocolo referente aos cuidados a paciente em uso de DAV avaliado por peritos/juízes espanhóis. Dos 15 itens avaliados, por meio do IVC, 10 deles apresentaram forte evidência de validação com Kappa que variaram de 0,87 a 1.	O método Permitiu validar intervenções que contribuirão para um cuidado qualificado e uniformizado a pacientes em uso de DAV.

Nota: Conteúdo elaborado pelos autores.

DISCUSSÃO

Os fatores de risco e agravantes das DCV's relacionam-se aos hábitos de vida e incluem: má alimentação; sedentarismo; descontrole da hipertensão e do diabetes; uso irregular de medicações e; consumo de drogas lícitas e/ou ilícitas.^{5,9} Neste contexto, a prevenção constitui-se como terapêutica essencial e medida salvadora de vidas.¹⁰

Porém, após a instalação de algum processo obstrutivo com impossibilidade de recuperação eficaz da perfusão tissular miocárdica, mesmo após intervenções terapêuticas de primeira escolha como o tratamento clínico-farmacológico e procedimentos que aumentem a permeabilidade coronariana (angioplastias, uso de balões e stents intravasculares) não terem sido eficazes a cirúrgica cardíaca constitui-se como terapêutica definitiva.²³ A intervenção cirúrgica baseia-se na possibilidade em prolongar a vida quando o tratamento clínico-farmacológico tornou-se insuficiente para promover a cura e/ou melhoria da qualidade de vida do paciente.¹¹

As cirurgias cardiovasculares podem ser agrupadas em três tipos de procedimentos: corretores (angioplastia; uso de balões e stents); reconstroitoras (Revascularização Miocárdica - RM) e substitutivas (Implante de Prótese Valvar - IPV e os transplantes).^{5,12}

Apesar do evidente sucesso das angioplastias, o procedimento mais utilizado é o de reconstrução, especialmente a RM quando há oclusão das artérias coronarianas e a correção de doenças valvares como o IPV, sendo estas intervenções de alta complexidade e que requerem um tratamento adequado em todas as fases operatórias.^{2,5,10}

A necessidade de transferência do paciente em Pós-operatório Imediato (POI) cardíaco para a UTI fundamenta-se

na classificação deste setor como área crítica do hospital destinada à assistência de pacientes graves, que requerem atenção e cuidados Interdisciplinares especializados e contínuos, materiais específicos e tecnologias em saúde necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia para fins de reabilitação, estabilização ou cura das doenças e agravos à saúde.^{13,14}

A Equipe de Enfermagem Intensiva é composta apenas por Enfermeiros Intensivistas e Técnicos em Enfermagem, que representam aproximadamente 70% do quadro de profissionais da área da saúde, conforme legislação vigente, com assistência integral nas 24 horas, presente em todos os momentos de assistência intensiva.^{11,15}

Neste âmbito o enfermeiro assume o papel de Líder da equipe de Enfermagem e Gestor da UTI, na qual as prioridades assistências apresentadas por cada paciente podem ser trabalhadas, numa estrutura lógica de ações, com direcionamento de intervenções de enfermagem capazes de proporcionar qualidade de vida e contribuir com a terapêutica realizada ao paciente. Desse modo, o instrumento metodológico capaz de orientar o cuidado profissional e documentar a prática profissional deve estar organizado e articulado de forma sinérgica entre cinco etapas inter-relacionadas e interdependentes tendo a SAE como viabilizadora do PE¹⁶ (Figura 2).

Dentre os diferentes modelos teóricos, as Taxonomias de Enfermagem, com maior visibilidade na SAE são: *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA); *Nursing Interventions Classification* (NIC); *Nursing Outcomes Classification* (NOC); que possuem linguagem universal, padronizada, sequencial, inter-relacionada e comum.^{17,18,19}

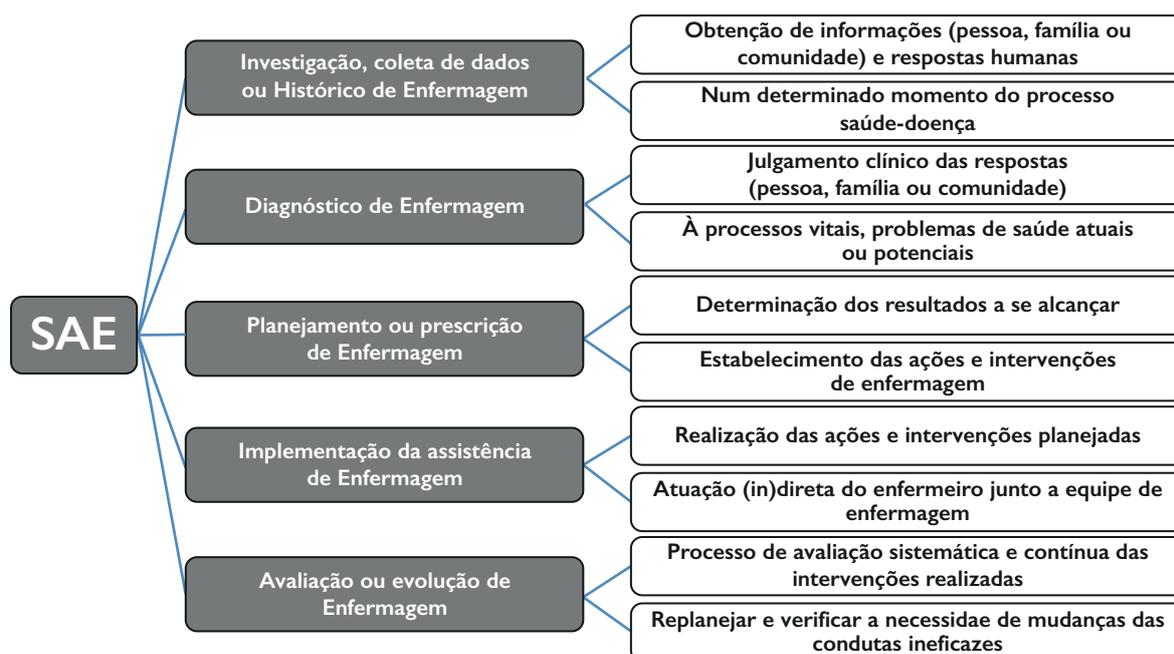


Figura 2 – Etapas: Sistematização da Assistência de Enfermagem. Juiz de Fora, MG, Brasil, 2018
Nota: Organograma elaborado pelos autores, conforme descrição metodológica.

Nesta perspectiva o Enfermeiro deve considerar os riscos cirúrgicos e possibilidades do surgimento de complicações advindas do ato cirúrgico no qual o sucesso do tratamento cirúrgico e intensivo dependerá do preparo da equipe interdisciplinar, do estado geral do paciente, somado as respostas apresentadas pelo paciente a cada terapia realizada.^{26,20}

A atuação do Enfermeiro inicia-se com o preparo do leito para receber o paciente na UTI que deve conter: a) cama automática; b) monitor multiparâmetros completo com sistema montado para Pressão Venosa Central (PVC) *online* e Pressão Arterial Invasiva (PAI); c) Respirador mecânico e sistema de aspiração; d) Bomba de Infusão Contínua (BIC) em número suficiente; e) painel de gases do leito: oxigênio, ar comprimido e vácuo; f) glicosímetro; g) Carrinho de Emergência (CE) completo incluindo material para Intubação Orotraqueal, desfibrilador/cardioversor, kit marca-passo; h) eletrocardiograma.^{14,18,22}

O Histórico de Enfermagem, realizado na admissão deve abordar por meio da entrevista e exame físico as variáveis: a) identificação do paciente (nome, idade, peso, altura, índice de Massa Corpórea (IMC)); b) tipo de cirurgia, tempo gasto, tempo de Circulação Extracorpórea (CEC) e grampeamento de aorta e, se houve intercorrências; c) História Patológica Progressiva (HPP): Doenças pré-existentes, medicações de uso contínuo, alergia medicamentosa, uso de drogas (i)lícitas; d) registro dos sinais vitais e glicemia capilar. e) avaliação da funcionalidade e localização de cateteres vasculares: arteriais e venosos; f) presença de marca-passo; g) avaliação de drenos: pleurais e de mediastino; h) presença de sondas: enterais, gástricas, vesicais, sistemas de drenagem e/ou outros dispositivos; i) medicações em BIC, bomba de seringa ou venoclise; j) avaliar nível de consciência e presença de dor, com escalas padronizadas; k) uso de anestésicos, sedativos e analgésicos; l) Ventilação Mecânica (VM), oxigenoterapia utilizada e necessidade de aspiração; j) avaliação da incisão cirúrgica: esternotomia, radiectomia ou safenectomia e condições do curativo; k) número e tipo de transfusões sanguíneas e reservas adicionais de hemocomponentes e; l) dados do exame físico completo cefalocaudal.^{14,16,21}

O Diagnóstico de Enfermagem é construído por meio do raciocínio clínico acerca de dados coletados no Histórico de Enfermagem. O mesmo é definido como um julgamento clínico das respostas do indivíduo, família ou comunidade aos processos vitais, problemas de saúde atuais ou potenciais, os quais fornecem a base para a seleção das intervenções de enfermagem, para atingir resultados esperados.^{16,17}

Os Diagnósticos de Enfermagem prioritários ao Paciente em PO Cardíaco e que constituem a base para a seleção das ações ou Intervenções, com as quais se objetiva alcançar os resultados foram elencados conforme domínios da NANDA Internacional apresentados a seguir:

1. Promoção da Saúde: estilo de vida sedentário, falta de adesão, comportamento de saúde propenso a risco, controle ineficaz da saúde, controle da saúde familiar

ineficaz, disposição para controle da saúde melhorado, manutenção ineficaz da saúde e proteção ineficaz.¹⁷

2. Nutrição: deglutição prejudicada, nutrição desequilibrada (menor que as necessidades corporais), disposição para nutrição melhorada, risco de glicemia instável, risco de desequilíbrio eletrolítico e disposição para equilíbrio de líquidos melhorado.¹⁷
3. Eliminação e troca: eliminação urinária prejudicada, risco de constipação e troca de gases prejudicada.¹⁷
4. Atividade e repouso: padrão de sono prejudicado, disposição para sono melhorado, mobilidade física prejudicada e risco de síndrome do desuso.¹⁷
5. Percepção e cognição: risco de confusão aguda, controle emocional instável, conhecimento deficiente, disposição para conhecimento melhorado, comunicação verbal prejudicada e disposição para comunicação melhorada.¹⁷
6. Autopercepção: desesperança, disposição para esperança melhorada e risco de baixa autoestima situacional.¹⁷
7. Papeis e relacionamentos: risco de tensão do papel de cuidador, processos familiares disfuncionais, disposição para processos familiares melhorados e interação social prejudicada.¹⁷
8. Sexualidade: padrão de sexualidade ineficaz.¹⁷
9. Enfrentamento e tolerância ao estresse: risco de síndrome do estresse por mudança, risco de síndrome pós-trauma, ansiedade, medo, enfrentamento familiar comprometido, disposição para enfrentamento familiar melhorado, enfrentamento ineficaz e disposição para enfrentamento melhorado.¹⁷
10. Princípios da vida: risco de sofrimento espiritual.¹⁷
11. Segurança/proteção: risco de infecção, risco de recuperação cirúrgica retardada, risco de aspiração, desobstrução ineficaz de vias aéreas, risco de sangramento, risco de choque, risco de disfunção neurovascular periférica, risco de trauma vascular, integridade da pele prejudicada, risco de integridade da pele prejudicada, risco de lesão por posicionamento perioperatório, risco de mucosa oral prejudicada, risco de lesão por pressão, risco de quedas, risco de resposta alérgica, risco de hipotermia perioperatória e risco de desequilíbrio na temperatura corporal.¹⁷
12. Conforto: conforto prejudicado, disposição para conforto melhorado, dor aguda e náusea.¹⁷
13. Crescimento/barra desenvolvimento: não evidenciado diagnósticos de enfermagem para este domínio em adultos.¹⁷

O perfil de Diagnósticos de Enfermagem elencados para cada paciente, elaborado a partir das reais necessidades de saúde elencados a partir do Histórico de Enfermagem em hierarquia de prioridades, oferece fundamentação para a Prescrição das Intervenções e implementação de assistência estruturada.^{14,17}

As intervenções devem ser definidas e prescritas com foco na redução e gerenciamento de riscos ao paciente; controle e manutenção do equilíbrio hemodinâmico; suporte ventilatório; prevenir e monitorar possíveis complicações; promoção do conforto e manutenção de técnicas de cuidados assépticas.^{4,6,18}

As prescrições para o grupo de diagnósticos de promoção da saúde, Domínio 1, devem estar permeadas por atividades de educação em saúde, realizadas pelo enfermeiro e sua equipe em todas as fases perioperatória, visando à adaptação a condição de saúde, adesão ao tratamento, estímulo ao autocuidado e compreensão de suas restrições e limitações promovendo a mudança no estilo de vida, com orientações referentes ao manejo e tratamento clínico e cirúrgico das DCV's, uso regular de medicações, prática de atividades físicas, controle do peso e alimentação saudável.^{14,18}

Os domínios 5 e 9 referentes a percepção cognitiva e; enfrentamento e tolerância ao estresse, respectivamente, merecem destaque na qual o Enfermeiro pode atuar em caráter educativo, orientador, de acolhimento ao paciente e seus familiares, fornecendo suporte emocional e psicológico aos mesmos.^{1,5,7}

Os domínios 2, 3, 4, 6, 7 e 12 referentes à nutrição; eliminação e troca; atividade e repouso; autopercepção; papéis e relacionamentos e; conforto, respectivamente; representa o instrumento de trabalho diário da equipe de enfermagem, referentes aos cuidados contínuos com o corpo, estímulo ao autocuidado, engajamento do paciente/familiar/cuidador no processo de recuperação da saúde, visando uma aproximação do contexto ampliado de saúde.^{9,14,18}

O aspecto nutricional, presente no domínio 2, deve ser abordado com prescrições referentes ao momento certo de retorno com a dieta, textura e suas restrições, avaliação da deglutição, controle rigoroso da glicemia, sendo que na primeiras 06 horas de POI o paciente encontra-se em jejum absoluto, instável hemodinamicamente e com necessidade de controle glicêmico a cada 1h conforme protocolo institucional, fazendo as devidas correções, com retorno da dieta Via Oral (VO) após estabilização hemodinâmica.^{9,14,18}

O controle e registro do balanço hídrico, alvo nas prescrições referentes ao domínio 3, eliminação e troca a qual o paciente apresenta três principais eixos: a troca de gases, com oferta adequada de oxigenação e avaliação da gasometria arterial no momento da admissão, e nos intervalos de 4h, 12h, 24 e 48 pós-admissão na UTI e sempre que necessário; a monitorização e controle do débito urinário com administração de líquidos e/ou diuréticos; o acompanhamento e registro das eliminações intestinais intervindo na presença de diarreia ou constipação quando necessário, conforme prescrição.^{9,14,18}

O eixo de atividade e repouso contemplado pelo domínio 4 deve apresentar prescrições de enfermagem relacionadas a preservação de condições favoráveis ao sono, promoção de um ambiente tranquilo para o repouso, livre de ruídos que possam vir a aumentar ansiedade e consequentemente insônia no paciente.^{9,14,18} Estas intervenções também são aplicáveis ao

domínio 12, com enfoque no conforto que envolve avaliação diária das potencialidades do paciente de mobilização; redução ou eliminação de possíveis estressores ambientais e/ou causadores de desconforto ao paciente; manutenção das grades dos leitos elevadas; auxílio na movimentação do paciente no leito após o período de maior instabilidade que geralmente permeias as primeiras 06h de admissão na UTI.^{9,14,18}

Outro foco importante de cuidados referentes a este domínio é o controle de sinais e sintomas como náuseas e vômitos, intervindo de forma medicamentosa conforme prescrição. A dor aguda foco de atenção nos cuidados PO cardíaco que pode ocorrer em níveis variados, é recomendado o uso de escalas de mensuração e administração de analgesia necessária, conforme prescrição.^{9,14,18}

Para os domínios 5 e 6, são necessárias medidas de avaliação da percepção e cognição com estabelecimento de meios de comunicação verbal e não verbal de forma eficaz, como por exemplo, na impossibilidade de fala utilizar de gestos faciais, corporais, escrita, etc.; esclarecer todas as dúvidas apresentadas; orientar quanto ao processo cirúrgico e reabilitação; ressalta-se ainda medidas de preservação do conforto e estímulo a presença de familiares, conforme rotina de visita diária na UTI.^{9,14,18}

O enfermeiro deve ainda avaliar a possibilidade do leito humanizado sempre que possível, inserindo os familiares e cuidadores no contexto de saúde e reabilitação do paciente, podendo este ser o elo familiar-cuidador e influenciador positivo sobre os papéis e relacionamentos, conforme demandas apresentadas no domínio 7. Cabe mencionar ainda a importância da visita realizada pelos enfermeiros aos pacientes e visitantes deste na UTI, esclarecendo dúvidas sobre o tratamento, recuperação e demandas de cuidados particulares a este paciente; tal ação proporciona a família contato com profissionais de saúde além do médico para sanar suas dúvidas e anseios, por vezes numa linguagem mais compreensível e acessível a estes.^{9,14,18}

Para o domínio 9, enfrentamento e tolerância ao estresse, o foco de intervenções é o controle do medo e ansiedade que são capazes de comprometer a terapêutica implantada e a recuperação do paciente; deve-se oferecer apoio psicológico para redução de danos e agravos e quando necessário solicitar acompanhamento da Psicologia.^{14,18,24}

O domínio 10 pode ser contemplado com cuidados referentes ao respeito às diferentes crenças, religiosidade e espiritualidade do paciente e os familiares que envolvem: a permissão de permanências de objetos de cunho religioso, como: bíblia, fotos, objetos e imagens representativas, próxima ao leito do paciente, além da liberação de visita religiosa ao paciente em horários pré-definidos pela instituição.^{9,14,18}

O domínio 11 o mais incidente em relação ao número de possíveis Diagnósticos prioritários, relacionado à dimensão deste de fragilidade relacionada à segurança do paciente e suas barreiras de proteção rompidas no PO cardíaco, as quais merecem destaque e foco das prescrições.^{14,18,23}

Os eixos de intervenções apresentam medidas para prevenção de infecção como a lavagem das mãos antes e após a atividade de cuidados ao paciente em técnica correta; uso de luvas conforme exigências de precaução padrão; assegurar o manuseio asséptico de todas as linhas de administração de medicações Intravenosa (IV); assegurar o emprego de técnicas adequadas nos cuidados com FO e sistemas de drenagem, dentre outras.^{9,14,18}

A prevenção de aspiração envolvem cuidados de higienização adequada da cavidade oral, posicionamento adequado no leito com cabeceira a 30° permanente e, $\geq 45^\circ$ durante a ingesta hídrica ou alimentação; aspiração das Vias Aéreas Superiores (VAS) e Tubo Orotraqueal (TOT), sempre que necessário e manter *Cuff* com pressão apropriada.^{9,14,18}

À manutenção da integridade da pele e prevenção de Lesão por Pressão (LPP) envolve o uso de colchões: pneumáticos, caixa de ovo, piramidal ou gel; manutenção de proeminências ósseas livres de pressão; uso de coxins e, hidratados, conforme protocolo institucional; mudança de decúbito com intervalo de 2 horas após estabilidade clínica do paciente; cuidados com possíveis lesões que possam surgir com o uso de coberturas adequadas às características das lesões; cuidados referentes à limpeza e curativo da FO; avaliação da circulação e perfusão periférica.^{9,14,18}

O gerenciamento do risco de sangramentos e/ou choques envolve ações: monitorar a funcionalidade de todos os equipamentos de monitorização intensiva; prevenção de possíveis obstruções dos sistemas de drenagem; controle dos sinais vitais, oximetria de pulso, Débito Cardíaco (DC), PVC e PAI, infusão de fármacos em BIC com ajuste contínuo do volume conforme prescrição médica; monitorar débito urinário; administrar antibioticoterapia profilática, controle rigoroso do balanço hídrico; auxílio na coleta e envio de exames laboratoriais; somados ao gerenciamento contínuo do risco de resposta alérgica e/ou interação medicamentosa.^{9,14,18}

O risco de quedas envolve medidas como a manutenção das grades do leito elevadas, auxílio na movimentação do paciente no leito; uso de contenção física conforme necessidade mediante quadro de delírio, confusão mental, agitação psicomotora ou desmame da sedação. Cabe mencionar que este procedimento deve ser utilizado após falhas na contenção verbal, psicológica e medicamentosa e, prescrição médica, aprazado, avaliado e checado pela equipe de Enfermagem a cada 1h.^{9,14,18}

O risco de desequilíbrio na temperatura corporal envolve intervenções como monitorar a temperatura a cada 1h, ou antes, se necessário; administrar medicamentos antitérmicos na presença de febre e principalmente prevenir a hipotermia perioperatória aquecendo o paciente de forma adequada.^{9,14,18}

O risco de trauma vascular requer cuidados com os sítios de punções e manutenção dos dispositivos de acessos vasculares com monitorização dos sinais flogísticos; realização de curativo em frequência, técnica e uso de coberturas apropriadas; controle da permeabilidade e do tempo recomendado

de permanência de cada dispositivo e; cuidados assépticos na manipulação destes.^{9,14,18}

Após explanação a respeito dos principais Diagnósticos e Intervenções, faz-se necessário que o Enfermeiro altere as intervenções que não apresentaram eficácia. O enfermeiro deve ainda garantir o registro em prontuário do paciente dos cuidados de enfermagem e etapas da SAE através da Evolução do Enfermeiro e anotações técnicas de Enfermagem, atribuindo respaldo teórico, metodológico, ético, legal à profissão.^{15,16,19}

A SAE traduz-se para o Enfermeiro como valor essencial à sua prática, por permitir cientificidade ao cuidar e garantir a universalidade da linguagem para toda a equipe. Logo, Perceber o paciente em PO cardíaco no escopo de suas necessidades físicas, emocionais, espirituais e sociais, demanda do profissional uma constante atualização de subsídios teóricos capazes de oferecer resultados favoráveis a partir da realização da SAE.^{9,14,18}

CONCLUSÕES

A estruturação do cuidado no qual a SAE alicerça metodologicamente a aplicação dos conhecimentos como viabilizadores do PE permite a realização de um cuidado intensivo diferenciado ao paciente em PO cardíaco.

O conhecimento sobre o estado da arte atual sobre a temática proporcionou a identificação dos avanços alcançados referentes à estruturação e organização do PE tendo a SAE e os conhecimentos em cardiologia como viabilizadores deste processo, permitindo ao Enfermeiro interpretar e prescrever cuidados intensivos baseados nos Diagnósticos de Enfermagem capazes de influir sobre a terapêutica do paciente, numa linguagem universal.

Algumas ações são essenciais ao Enfermeiro e sua equipe como: treinamentos, educação em saúde, instituição de protocolos assistenciais, definição de papéis dentro da equipe e, aplicabilidade da SAE como expressão da autonomia do Enfermeiro. Assim, sugerem-se novas pesquisas que ampliem os conhecimentos sobre a temática, em especial investigações intervencionistas e de delineamento quantitativo.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho IM, Ferreira DKS, Nelson ARC, Duarte FHS, Prado NCC, Silva RAR. Sistematização da assistência de enfermagem no pós-operatório mediato de cirurgia cardíaca. Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental, 2016; 8(4): 5062-67.
2. Machado RC, Gironés P, Souza AR, Moreira RSL, Von Jakitsch CB, Branco JNR. Nursing care protocol for patients with a ventricular assist device. Rev Bras Enferm 2017; 70(2): 335-41.
3. Ribeiro CP, Silveira CO, Benetti ERR, Gomes JS, Stumm EMF. Diagnósticos de enfermagem em pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca. Revista Rene 2015; 16(2): 159-67.
4. Clemente EM, Silva BCO da, Souza Neto VL, Dantas SC, Albuquerque AV, Silva RAR. Diagnósticos de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca: revisão integrativa. Revista enfermagem UFPE on line 2016; 10(7): 2679-86.

5. Barretta JC, Auda JM, Barancelli MDC, Antonioli D. Pós-operatório em cirurgia cardíaca: refletindo sobre o cuidado de enfermagem. *Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental*, 2017; 9(1): 259-264.
6. Sales PC, Silva SMMB, Rocha FA. Diagnóstico de enfermagem em mulheres submetidas à revascularização do miocárdio. *Persp. Online: biol. Saúde, Campos dos Goytacazes* 2016; 20(6): 45-53.
7. Colaço da Silva HV, Souza VP de, Silva PCV. Sistematização da Assistência em Enfermagem perioperatória em uma unidade de recuperação pós-anestésica. *Rev enferm UFPE online. Recife* 2016; 10 (10): 3760-7.
8. Botelho LLR, Cunha CCA, Macedo M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e sociedade*, 2011; 5(11): 121-36.
9. Duarte SCM, Stipp MAC, Mesquita MGR, Silva MM. O cuidado de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca: um estudo de caso. *Esc Anna Nery (impr.)* 2012 out. dez 16 (4): 657-65.
10. Ribeiro KRA. Pós-operatório de revascularização do miocárdio: complicações e implicações para enfermagem. *Rev Fund Care Online* 2018; 10(1):254-259.
11. Silva WLAV, Barros ATL, Santos RD, Silva LA, Miranda LN. Cirurgias cardíacas: assistência de enfermagem a portadores de cardiopatia no período perioperatório. *Ciências Biológicas e de Saúde Unit Alagoas* 2017; 4(2): 323-336.
12. Amorim TV, SenaI CA, AlvesI MS, SalimenaI AMO. Cuidado sistematizado em pré-operatório cardíaco: Teoria do cuidado Transpessoal na perspectiva de enfermeiros e usuários. *Revi. Bras. Enferm* 2014; 67(4): 568-74.
13. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC nº 7, de 24 de Fevereiro de 2010. [Internet]. [acesso em junho de 2017]. URL: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html.
14. Gualandro DM, Yu PC, Caramelli B, Marques AC, Calderaro D, Luciana S. Fornari LS et al. 3ª Diretriz de Avaliação Cardiovascular Perioperatória da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arq Bras Cardiol* 2017; 109 (3 Supl.1): 1-104.
15. Conselho Federal de Enfermagem. LEI N 7.498/86, de 25 de Julho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. URL: <http://cofen.gov.br>. Acessado em: Maio 30, 2018.
16. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN-358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a Implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. URL: <http://cofen.gov.br>. Acessado em: Maio 30, 2018.
17. Herdman TH, Kamitsuru S. Diagnósticos De Enfermagem Da NANDA-I - Definições E Classificação. 11 ed: Artmed; 2018 p.01-488.
18. Bulechek GM, Butcher HK, Dochteman JM, Wagner CM. *Nursing Interventions Classification (NIC)*. 6 ed: Mosby;2012; p. 01-640.
19. Moorhead S, Johnson M, Maas MI, Swanson E. *Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Editora Elsevier; 2010; p. 01-906.
20. Costa KAU, Dias RS, Azevedo PR, Silva LDC. A Importância das Orientações de Enfermagem no Cuidado ao Paciente Submetido à Cirurgia Cardíaca: revisão integrativa. *Vita et Sanitas*, 2016; 9 (2): 3-9.
21. Santos APA, Camelo SHH, Santos FC, Leal LA, Silva BR. O enfermeiro no pós-operatório de cirurgia cardíaca: competências profissionais e estratégias da organização. *Revista Escola Enfermagem USP* 2016; 50(3): 474-481.
22. Pio FDSCG, Azevedo DM, Marques LF, Santiago LC. Assistência de enfermagem no transplante cardíaco: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem UFPE online*, 2016 10 (5): 1857-65.
23. Barreiros BRN, Bianchi ERF, Turrini RNT, Poveda VB. Causas de readmissão hospitalar após cirurgia cardíaca. *Rev. Eletr. Enf* 2016; 18:1-8.
24. Erdmann AL, Lanzoni GMM, Callegaro GD, Baggio MA, Koerich C. Compreendendo o processo de viver significado por pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2013; 21(1):01-08.

Recebido em: 12/07/2018

Revisões requeridas: 13/12/2018

Aprovado em: 15/02/2019

Publicado em: 05/01/2021

Autor responsável pela correspondência:

Laércio Deleon de Melo

Endereço: Rua Doutor Dirceu de Andrade 201/apt.305.

Bairro Dom Bosco, Juiz de Fora/MG, Brazil.

CEP: 36.025-330.

Número de telefone: +55 (32) 9 9184-2957

Divulgação: Os autores afirmam não ter conflito de interesses.