

Sistematização da assistência de enfermagem no pós-operatório mediato de cirurgia cardíaca

Systematization of nursing care in mediate post-operative of cardiac surgery

Sistematización de la asistencia de enfermería en el post-operatorio intermedio de cirugía cardíaca

Inaiane Marlisse de Carvalho¹; Dayana Kelly Soares Ferreira²; Ana Raquel Cortês Nelson³; Fernando Hiago da Silva Duarte⁴; Nanete Caroline da Costa Prado⁵; Richardson Augusto Rosendo da Silva⁶.

Como citar este artigo:

Carvalho IM; Ferreira DKS; Nelson ARC; et al. Sistematização da assistência de enfermagem no pós-operatório mediato de cirurgia cardíaca Rev Fund Care Online. 2016 out/dez; 8(4):5062-5067. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i4.5062-5067>

ABSTRACT

Objective: To raise the nursing diagnoses according to NANDA International Taxonomy II; to identify the nursing interventions according to NIC from the diagnosis found; and to present the results expected according to NOC, based on planned interventions. **Methods:** A qualitative study of case report type, carried out based on the evaluation of a patient who was in mediate postoperative cardiac surgery admitted to the ICU of a university hospital. **Results:** The nursing diagnoses were: risk of infection, risk of constipation, risk of falls, impaired skin integrity, willingness for increased control of therapeutic regimen, risk of electrolyte imbalance, risk of imbalance in body temperature and impaired mobility in bed. The diagnosis profile of the patient, prepared based on his needs, offered a basis for determination of nursing interventions according to the NIC, resulting in effective actions to solve the problems. **Conclusion:** Nursing diagnoses were raised inserted in the areas: health promotion, nutrition, elimination and exchange, activity and rest, and safety/protection.

Descriptors: Nursing, Thoracic surgery, Nursing Care.

¹ Enfermeira pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. Natal/RN, Brasil. E-mail: naianny-marlisse@hotmail.com.

² Enfermeira pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. Natal/RN, Brasil. E-mail: enferdada@hotmail.com.

³ Enfermeira pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. Natal/RN, Brasil. E-mail: ana_nelson88@hotmail.com.

⁴ Enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família de São Paulo do Potengi/RN. Natal/RN, Brasil. E-mail: fernandohiago@hotmail.com.

⁵ Enfermeira. Residente em Terapia Intensiva Neonatal-RES/TERINTNEO pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. Natal/RN, Brasil. E-mail: caroline_k16@hotmail.com.

⁶ Enfermeiro. Doutor em Ciências da Saúde. Professor Adjunto VI do Curso de Graduação e do Programa de Pós-Graduação (Mestrado Acadêmico e Doutorado) em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. Natal/RN, Brasil. Membro do Grupo de Pesquisa Práticas Assistenciais e Epidemiológicas em Saúde e Enfermagem/PAESE/UFRN. E-mail: rirosendo@yahoo.com.br.

RESUMO

Objetivo: 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. **Métodos:** Estudo de abordagem qualitativa, tipo relato de caso, realizado a partir da avaliação de um paciente que se encontrava em pós-operatório mediato de cirurgia cardíaca internado na UTI de um hospital universitário. **Resultados:** 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. 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. **Conclusão:** Os diagnósticos de enfermagem levantados estavam inseridos nos domínios: promoção da saúde, nutrição, eliminação e troca, atividade e repouso e segurança/proteção.

Descritores: Enfermagem; Cirurgia torácica; Cuidados de Enfermagem.

RESUMEN

Objetivo: levantar los diagnósticos de enfermería según la taxonomía II de NANDA Internacional; identificar las intervenciones de enfermería según NIC, a partir de los diagnósticos encontrados; y presentar los resultados esperados según NOC, con base en las intervenciones planeadas. **Métodos:** Estudio de enfoque cualitativo, tipo relato de caso, realizado a partir de la evaluación de un paciente que se encontraba en post-operatorio intermediario con cirugía cardíaca internado en UTI de un hospital universitario. **Resultados:** Los diagnósticos de enfermería encontrados fueron: riesgo de infección, riesgo de constipación, riesgo de caídas, integridad de la piel perjudicada, disposición para control aumentado del régimen terapéutico, riesgo de desequilibrio electrolítico, riesgo de desequilibrio en la temperatura corporal y movilidad en la cama perjudicada. El perfil diagnóstico del paciente, elaborado con base en sus necesidades, ofreció una fundamentación para determinación de las intervenciones de enfermería según NIC, resultando en acciones eficaces para la resolución de los problemas. **Conclusión:** Los diagnósticos de enfermería levantados estaban inseridos en los dominios: promoción de la salud, nutrición, eliminación y cambio, actividad y reposo y seguridad/protección.

Descriptores: Enfermería; Cirugía torácica; Atención de Enfermería.

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares estão entre as principais causas de morbidade e mortalidade da população mundial. No Brasil, representam 65% do total de mortes na faixa etária de 30 a 69 anos de idade, atingindo a população adulta em plena fase produtiva.¹

A Organização Mundial de Saúde, em seu documento “Cuidados inovadores para as condições crônicas”, enfatiza que o paciente portador de doença cardíaca necessita de cuidados planejados, capazes de prever suas necessidades básicas e proporcionar uma atenção integral.²

As cirurgias cardíacas são intervenções complexas e requerem um tratamento adequado em todas as fases ope-

ratórias. Entretanto, o pós-operatório (PO), período durante o qual se observa e se assiste a recuperação do paciente em pós-anestésico e em pós-estresse cirúrgico, é marcado pela instabilidade do seu quadro clínico, sendo repleto de particularidades, principalmente por se tratar de um período de cuidados críticos.³

Sendo assim, a assistência de enfermagem aos pacientes no PO deve ter como objetivo garantir uma recuperação segura, prevenindo, detectando e atendendo às complicações que possam advir do ato anestésico cirúrgico. Embora o alcance desse objetivo esteja relacionado às situações que envolvem o paciente como um todo, cabe ao centro de recuperação no PO reunir recursos suficientes que assegurem a qualidade da assistência de enfermagem no período pós-operatório mediato.¹

Nesse contexto, a complexidade de cuidados requeridos pelos pacientes que se encontram no período pós-operatório de cirurgia cardíaca, cujas condições de saúde podem variar de minuto a minuto, exige intervenções de enfermagem fundamentadas em um método sistematizado que privilegia a tomada de decisão. Para tanto, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) se apresenta como uma forma de organizar a assistência de enfermagem de modo a intervir de acordo com as reais necessidades do paciente e promover sua rápida recuperação.

A SAE baseia-se em uma estrutura lógica de ações, a qual é composta por etapas, sendo elas: histórico, obtido através de entrevista e exame físico; diagnóstico de enfermagem; prescrição de enfermagem; implementação da assistência e evolução de enfermagem.⁴

Os diagnósticos de enfermagem foram definidos na 9ª conferência da NANDA Internacional como “um julgamento clínico das respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos processos vitais, aos problemas de saúde atuais ou potenciais, os quais fornecem a base para a seleção das intervenções de enfermagem, para atingir resultados pelos quais o enfermeiro é responsável”.⁴ 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.⁵

Através da utilização dos sistemas de classificação de enfermagem, é possível direcionar o tratamento e, assim, atender melhor às necessidades dos pacientes, contribuindo para a construção do conhecimento e engrandecimento da enfermagem.

Dessa forma, a realização do estudo justifica-se pela importância de um cuidado de enfermagem sistematizado que contribua para a implementação de ações rápidas e eficazes para a resolução dos problemas identificados no pós-operatório de cirurgia cardíaca.

Nesse sentido, o presente estudo perseguiu os seguintes objetivos: 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.

Diante do exposto, vê-se a relevância do tema para os profissionais de enfermagem, visto que o cuidado fundamentado nos sistemas de classificação da enfermagem é fundamental para a prevenção de complicações e recuperação precoce do paciente no pós-operatório de cirurgia cardíaca.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, do tipo relato de caso, envolvendo um usuário do Sistema Único de Saúde submetido ao procedimento de cirurgia cardíaca.

A pesquisa foi desenvolvida em um hospital de referência para o tratamento de doenças cardiovasculares situado no município de Natal, Rio Grande do Norte, Nordeste do Brasil. Foi realizada com um paciente no pós-operatório mediato de cirurgia cardíaca, compreendido como o período após as primeiras 24 horas do término da cirurgia. A coleta de dados foi realizada através de um roteiro de entrevista seguido pelo roteiro de exame físico, a fim de levantar as respostas humanas e os fatores relacionados apresentados pelo paciente no pós-operatório mediato de cirurgia cardíaca, que se configurou o foco do trabalho de enfermagem.

A coleta de dados ocorreu em fevereiro de 2014 por meio de uma entrevista estruturada e um roteiro de exame físico adaptado de Posso,⁷ os quais permitiram identificar diagnósticos específicos dos pacientes submetidos ao processo de cirurgia cardíaca que se encontravam no pós-operatório mediato. A entrevista foi realizada explicando-se previamente o objetivo da pesquisa e solicitando a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assegurando o anonimato do usuário, bem como a desistência em qualquer momento da pesquisa.

Após a coleta de dados, procedeu-se a identificação dos diagnósticos de enfermagem, compostos pelos dados relevantes, agrupamento desses dados, nomeação da resposta humana e identificação do fator relacionado e da característica definidora. Em seguida, foram levantadas as intervenções de enfermagem, a partir da NIC, e os resultados de enfermagem, com base na NOC, que estavam relacionados aos diagnósticos de enfermagem. Posteriormente, os dados foram analisados por meio dos sistemas de classificação de enfermagem (NANDA Internacional, NIC e NOC) e da literatura científica relacionada ao pós-operatório de cirurgia cardíaca.

O presente trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (CEP-UFRN), de acordo com as disposições da Resolução 466/2012, definidoras das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo

seres humanos,⁸ recebendo parecer favorável com CAAE nº 07380912.3.0000.5537.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo foi realizado a partir da avaliação de um paciente que se encontrava em pós-operatório mediato de cirurgia cardíaca internado na UTI do referido hospital. Trata-se da paciente T.N.S.L; sexo feminino; 64 anos; 1,74 m de altura; natural e procedente do interior do estado; casada; católica; segundo grau completo e aposentada. Ela foi submetida à cirurgia de colocação de *stent*, mais inserção de marca-passo. É hipertensa, obesa, nega diabetes e processos alérgicos. Possui antecedentes cirúrgicos, nega etilismo e atesta abstinência ao tabagismo há 20 anos. Refere que o apetite se mantém conservado e relata ingerir pouca quantidade de líquido, cerca de 500 ml por dia. Informou problemas no padrão de sono e repouso, dormindo apenas duas horas por dia, sendo sono interrompido com demora em iniciá-lo. Estava ainda restrita ao leito, devido ao processo cirúrgico e complicações no pós-operatório, possuindo limitações para realizar atividades da vida diária.

Ao exame físico, apresentou-se com hipotensão sistólica (112x50 mmHg), normocárdica (pulso com 79 bpm), taquipneica (26 irpm), obesa, peso corporal de 94 Kg e IMC de 31. Encontrava-se consciente, orientada, hipocorada, anasarcada e com presença de pulsos palpáveis. Sem déficit visual, acuidade auditiva preservada, falhas na arcada dentária e ausência de linfonodos infartados. Na ausculta pulmonar, expansão torácica normal, presença de frêmito tóraco-vocal e murmúrios vesiculares e ausência de ruídos adventícios. Ausculta cardíaca com ritmo normal, batimentos normofonéticos em dois tempos. Abdome globoso, resistente à palpação, indolor, com ruídos hidroaéreos hiperativos. Por fim, membros inferiores e superiores com presença de edemas (3+/4+).

A tabela abaixo demonstra os diagnósticos de enfermagem identificados.

Quadro 1 - Distribuição da frequência dos diagnósticos de enfermagem identificados no participante do estudo - HUOL, Natal/RN, 2014

Diagnósticos de enfermagem
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
Mobilidade no leito prejudicada

Intervenções e Resultados Sugeridos

A partir dos diagnósticos encontrados no estudo segundo a NANDA, foram identificadas as principais intervenções e resultados de enfermagem esperados segundo a NIC e a NOC.

Risco de infecção:

Intervenções: lavar as mãos antes e após a atividade de cuidados ao paciente; usar luvas conforme exigência das precauções padronizadas; usar luvas esterilizadas, quando adequado; assegurar o manuseio asséptico de todas as linhas endovenosas; assegurar o emprego de técnicas adequadas no cuidado de feridas.⁹

Resultados esperados: formação de cicatriz; desenvolvimento de estratégias eficazes para controle de riscos.¹⁰

Risco de constipação:

Intervenções: auxiliar o paciente a usar calçados que facilitem o andar e previnam lesões; consultar um fisioterapeuta sobre os planos de deambulação, se necessário; encorajar o aumento da ingestão de líquidos, a menos que contraindicado; monitorar as eliminações intestinais, incluindo frequência, consistência, formato, volume e cor, conforme apropriado; monitorar ruídos hidroaéreos; avaliar a ingestão em relação ao conteúdo nutricional registrado.⁹

Resultados esperados: ingestão de alimentos coerente com a dieta prescrita.¹¹

Risco de Quedas:

Intervenções: usar laterais da cama com comprimento e altura adequados para prevenir quedas, conforme necessário; orientar o paciente a chamar auxílio para movimentar-se, quando adequado; providenciar mecanismos de adaptação para aumentar a segurança do ambiente; monitorar o ambiente em busca de mudanças nas condições de segurança.¹⁰

Resultados esperados: tolerância à deambulação.⁹

Integridade da pele prejudicada:

Intervenções: examinar a condição da incisão cirúrgica, quando adequado; examinar vermelhidão, calor exagerado ou drenagem na pele e nas mucosas; monitorar áreas de vermelhidão e ruptura da pele; monitorar ressecamento e umidade excessiva da pele; monitorar a cor da pele; monitorar a temperatura da pele.¹⁰

Resultados esperados: formação de cicatriz; inflamação no ferimento; edema ao redor do ferimento.⁹

Disposição para controle aumentado do regime terapêutico:

Intervenções: aumentar a orientação do paciente para a realidade, quando adequado; encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e preocupações; oferecer tempo para que o paciente faça perguntas e discuta preo-

cupações; promover a aceitação do paciente à situação, quando adequado.⁹

Resultados esperados: busca de informações de confiança sobre o diagnóstico; discussão do regime de tratamento prescrito com o profissional de saúde; realização do regime de tratamento de acordo com a prescrição.¹⁰

Risco de desequilíbrio eletrolítico:

Intervenções: identificar possíveis causas dos desequilíbrios eletrolíticos; monitorar náuseas, vômitos e diarreia; identificar tratamentos capazes de alterar o estado eletrolítico, como drenagem gastrointestinal, diuréticos, anti-hipertensivos e bloqueadores do canal de cálcio; administrar eletrólitos suplementares prescritos, se apropriado; oferecer uma dieta apropriada ao paciente com desequilíbrio eletrolítico.⁹

Resultados esperados: equilíbrio eletrolítico e ácido básico.

Risco de desequilíbrio na temperatura corporal:

Intervenções: monitorar a temperatura tão frequentemente quanto apropriado; monitorar a perda insensível de líquidos; monitorar a cor e a temperatura da pele; administrar medicamentos antipiréticos, se apropriado; monitorar a ingestão e a eliminação.⁹

Resultados esperados: reconhecimento de fatores ambientais que aumentam a temperatura do corpo; reconhecimento de condições de saúde que reduzem a produção de calor.¹⁰

Mobilidade no leito prejudicada:

Intervenções: fazer avaliação completa da circulação periférica; ajudar o paciente a realizar exercícios ativos ou passivos com amplitude de movimentos, conforme apropriado; mudar a posição do paciente a cada duas horas ou deambular, conforme tolerado; administrar dose reduzida de medicamento anticoagulante profilático e/ou antiplaquetário.⁹

Resultados esperados: mobilidade e movimento coordenado.¹⁰

Por conseguinte, a assistência de enfermagem ao paciente no período pós-operatório deve ter como objetivo garantir uma recuperação segura, prevenindo, detectando e atendendo às complicações que possam advir do ato anestésico cirúrgico. Embora o alcance desse objetivo esteja relacionado às situações que envolvem o usuário como um todo, cabe à enfermagem reunir recursos suficientes que assegurem a qualidade da assistência nesse período.⁶

O perfil diagnósticos do paciente, elaborado com base em suas reais necessidades, oferece uma fundamentação para determinação das intervenções de enfermagem, facilitando a implementação do planejamento da assistência de enfermagem.

Na presente pesquisa, foram encontrados oito diagnósticos de enfermagem. Apesar de poucos estudos sobre

o pós-operatório mediato de cirurgia cardíaca, segundo estudos na referida temática^{1,3}, percebe-se que alguns diagnósticos ainda persistem do pós-operatório imediato como o risco para infecção, integridade da pele prejudicada, risco de desequilíbrio eletrolítico e risco de desequilíbrio na temperatura corporal.

Define-se risco para infecção como o aumento de chances de ser invadido por organismos patogênicos.¹¹ Esse diagnóstico é comumente identificado em pacientes que se submeteram a algum tipo de cirurgia cardíaca devido à relação com os procedimentos invasivos, como o cateterismo vesical, o acesso central, os drenos de tórax e mediastino, o acesso para a pressão arterial média, além da destruição de tecidos e das defesas primárias inadequadas (pele rompida) devido à cirurgia.

Além dos procedimentos invasivos e das defesas primárias insuficientes, provocados pelo trauma cirúrgico, existem outros fatores que favorecem o surgimento de patógenos, contribuindo para a incidência de infecção, tais como: o próprio ambiente hospitalar, o tempo de internação do usuário, as condições clínicas pré-operatórias do paciente (idade, estado nutricional, doenças crônicas, etc.), as condições técnicas em que a cirurgia foi realizada, a permanência hospitalar pré-operatória (quanto mais longa, maior a chance de infecção cirúrgica, pela substituição da flora do paciente pela flora hospitalar) e fatores relacionados à circulação extracorpórea.¹³

A infecção de ferida cirúrgica é uma complicação séria que interfere no processo de cicatrização e pode aumentar o desconforto do paciente. O período que abrange desde as primeiras 24 até às 48 horas depois da cirurgia é crítico, porque o processo de inflamação se inicia para destruir bactérias que possam ter sido depositadas enquanto a ferida esteve aberta.⁶

O diagnóstico de enfermagem risco de constipação é definido como o risco de diminuição na frequência normal de evacuação, acompanhado de eliminação de fezes difícil ou incompleta e/ou eliminação de fezes excessivamente duras e secas.¹¹ Esse diagnóstico tinha como fatores de risco a atividade física insuficiente, hábitos alimentares deficientes e motilidade diminuída de todo o trato gastrointestinal. Esse diagnóstico esteve presente em pesquisa semelhante desenvolvida com pacientes que se submeteram ao processo de cirurgia cardíaca em uma frequência de 100% dos sujeitos da amostra.³

Por integridade da pele prejudicada entende-se epiderme e/ou derme alterada.¹¹ Um estudo realizado com pacientes que se submeteram à cirurgia cardíaca¹³ constatou que esse diagnóstico esteve presente em 100% dos entrevistados. Assim como no presente estudo, identificou-se que esse diagnóstico esteve relacionado a fatores mecânicos, secundários ao procedimento. O paciente que se submeteu à cirurgia cardíaca permanece restrito ao leito por um longo período, podendo assim adquirir uma lesão devido ao posicionamento. Ressalta-se que os agentes anestésicos interferem na vasodilatação e constrição normal, reduzindo, portanto, a

perfusão para as proeminências ósseas e para as regiões sob pressão, favorecendo assim o aparecimento das lesões.⁵

O risco de quedas compreende suscetibilidade aumentada para quedas que podem causar danos físicos.¹¹ Esse diagnóstico foi traçado devido às grandes complicações que pode causar ao paciente, caso ocorra tal acidente. Teve como fatores de risco o quarto não familiar e as condições pós-operatórias.

O diagnóstico disposição para controle aumentado do regime terapêutico é definido como padrão de regulação e integração à vida diária de um programa de tratamento de doenças e suas sequelas, que é suficiente para alcançar os objetivos relacionados à saúde e que pode ser reforçado.¹¹ É um diagnóstico pouco comum nas literaturas existentes sobre o assunto, porém é marcante e expressa o interesse do paciente em contribuir no seu regime de tratamento. As características definidoras do diagnóstico foram: expressar desejo de controlar a doença e expressar pouca dificuldade com o regime de tratamento prescrito.

Entende-se por risco de desequilíbrio hidroeletrólítico o risco de mudança nos níveis eletrolíticos séricos capazes de comprometer a saúde.¹¹ As alterações hidroeletrólíticas podem ocorrer devido ao sangramento, às perdas insensíveis, aos distúrbios renais e à hemodiluição utilizada na Cirulação Extracorpórea (CEC).

O desequilíbrio hidroeletrólítico pode acontecer depois da cirurgia cardíaca. Cita-se a hipovolemia, que se caracteriza por uma diminuição do volume intravascular e pode ser resultado de uma reposição inadequada de volume ou do sequestro de líquido para o espaço intersticial.⁵ As alterações eletrolíticas podem ocorrer em decorrência da hemodiluição utilizada na CEC, sendo as alterações mais importantes as ocorridas com potássio, cálcio e magnésio, responsáveis, entre outros itens, pela transmissão e condução de impulsos nervosos e pela contração do músculo cardíaco. Os níveis glicêmicos elevados são comuns no pós-operatório.⁵

O risco de desequilíbrio na temperatura corporal é definido como risco de não conseguir manter a temperatura corporal dentro dos parâmetros normais.¹¹ Esse diagnóstico tem como fatores de risco a inatividade, extremos de peso e medicações que causam vasodilatação. Considerando-se as peculiaridades da cirurgia cardíaca, observa-se o resfriamento no início da CEC e o reaquecimento ao final, o prolongado tempo cirúrgico e os fatores intrínsecos do paciente (obesidade e idade). Além desses, após a cirurgia cardíaca, o paciente está em risco para desenvolver a temperatura corporal elevada, causada pela infecção. Ademais, pacientes com extremos de idade e debilitados apresentam maiores riscos para alterações na temperatura no pós-operatório imediato.⁶

Segundo um estudo que trata da implementação do processo de enfermagem, verificou-se uma melhoria crescente na saúde do paciente após aplicação das intervenções de enfermagem, trazendo resultados favoráveis à saúde e à qualidade de vida.¹⁴

O diagnóstico de enfermagem mobilidade física prejudicada é empregado para demonstrar a limitação do movi-

mento físico do corpo ou de uma ou mais extremidades.¹¹ Em uma pesquisa realizada com 991 pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva, 59,3% dos pacientes apresentaram o diagnóstico de mobilidade física prejudicada.¹⁵ Esse mesmo diagnóstico foi descrito de forma prevalente em outros estudos envolvendo pacientes em pós-operatório cirúrgico.¹⁶⁻¹⁷ Esses dados reforçam a importância de se conhecer os diagnósticos de enfermagem desses pacientes para o cuidado adequado, visto que são comuns na prática clínica.

CONCLUSÕES

No presente estudo, foram identificados oito diagnósticos de enfermagem, quais sejam: 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. Esses diagnósticos estão inseridos nos seguintes domínios: promoção da saúde, nutrição, eliminação e troca, atividade e repouso e segurança/proteção.

A elaboração deste relato de caso possibilitou a identificação da importância da implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem para o paciente que se submeteu ao processo de cirurgia cardíaca. A utilização de um instrumento estruturado para a realização da anamnese e do exame físico, quando todas as informações são coletadas e registradas adequadamente, permitiu a construção e aplicação das seguintes etapas do processo de enfermagem: coleta de dados ou investigação (histórico e exame físico), diagnóstico de enfermagem e planejamento da assistência.

Conclui-se que a identificação dos diagnósticos de enfermagem nesse período tem o propósito de auxiliar no planejamento dos cuidados de enfermagem fundamentados e adequados às necessidades de cada paciente, resultando em ações eficazes para a resolução dos problemas. Este trabalho pode, ainda, dar origem a estudos de validação através da prática clínica. Dessa maneira, pode-se colaborar para o avanço científico da profissão.

REFERÊNCIAS

1. Pivoto FL, Lunardi Filho WD, Santos SSC, Almeida MA, Silveira RS. Diagnósticos de enfermagem em pacientes no período pós-operatório de cirurgias cardíacas. *Acta Paul Enferm* 2010;23(5):665-70.
2. Lainetti KR, Silva MF. Sistematização da assistência de enfermagem: proposta de diagnóstico de enfermagem específico para o paciente idoso com doença cardiovascular. *Enfermagem Brasil*. 2009 ago-set; 8(5): 251-7.
3. Duarte SCM, Stipp MAC, Mesquita MGR, Silva MM. Enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca. *Esc Anna Nery (impr.)* 2012 out - dez; 16 (4):657 - 665.
4. Balduino AFA, Mantovani MF, Lacerda MR. O processo de cuidar de enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2009 abr-jun; 13 (2): 342-51

5. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. *Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica*. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 726-71.
6. Pereira JMV, Cavalcanti ACD, Santana RF, Cassiano KM, Queluci GC, Guimarães TCF. Diagnósticos de enfermagem de pacientes hospitalizados com doenças cardiovasculares. *Esc Anna Nery (impr.)* 2011 out-dez; 15 (4):737-745
7. Posso, MBS. *Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem*. São Paulo: Atheneu, 1999.
8. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466/12. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.
9. Dochterman JM, Bulechek GM. *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*. 5.ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
10. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. *Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)*. 4.ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.
11. NANDA. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA (North American Nursing Diagnoses Association) Definições e classificação (2012-2014)*. Tradução de Jeanne Liliâne Marlene Michel. Porto Alegre: Artmed; 2012.
12. Galdeano LE, Rossi LA, Nobre LF, Ignácio DS. Diagnósticos de enfermagem de pacientes no período Transoperatório de cirurgia cardíaca. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2003 mar-abr; 11(2):199-206.
13. Galdeano LE, Rossi LA, Pezzuto TM. Diagnósticos de enfermagem de pacientes no período pré-operatório de cirurgia cardíaca. *Rev Esc Enferm USP*. 2004 mar/abr; 38(3): 307-16.
14. Frazão CMFQ, Araújo AD, Lira ALBC. Implementação do processo de enfermagem ao paciente submetido à hemodiálise. *Rev enferm UFPE on line*. 2013 mar; 7(esp):824-30.
15. Lucena AF, Gutiérrez MGR, Echer IC, et al. Intervenções de Enfermagem utilizadas na prática clínica de uma unidade de terapia intensiva. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 2010; 18(5):873-80.
16. Oliveira MF, Freitas MC. Diagnósticos e intervenções de enfermagem frequentes em mulheres internadas em uma unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Enferm*. 2009; 62(3):343-8.
17. Almeida MA, Pergher AK, Canto DF. Validação do mapeamento de cuidados prescritos para pacientes ortopédicos à classificação das intervenções de enfermagem. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 2010; 18(1):116-23.

Recebido em: 21/03/2014

Revisões requeridas: 19/01/2015

Aprovado em: 25/02/2015

Publicado em: 01/10/2016

Autor correspondente:

Richardson Augusto Rosendo da Silva
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Campus Central . Departamento de Enfermagem.
Rua Lagoa Nova, S/N. Natal (RN), Brasil.
CEP: 59078-970.