

TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza

Trabalho 88 - 1/28

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM EM MULHERES SUBMETIDAS À REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO

### Nursing diagnoses in women undergoing coronary artery bypass grafting

Ianne Kelly Moreira Pinheiro<sup>1</sup>, Marina Belfort de Moraes Guerra<sup>2</sup>, Raphaela Muniz Pereira de Melo<sup>3</sup>, Simone Maria Muniz da Silva Bezerra<sup>4</sup>

Orientadora: Simone Maria Muniz da Silva Bezerra<sup>4</sup>

#### RESUMO:

Estudo descritivo, cujo objetivo foi o de estabelecer, através do modelo conceitual de Wanda de Aguiar Horta, e tendo por base a taxonomia II da NANDA, os diagnósticos de enfermagem em mulheres submetidas à cirurgia cardíaca de Revascularização do Miocárdio (RM); conhecer a sua incidência e quantificar as complicações mais comuns apresentadas por essas mulheres, internadas no Pronto socorro do coração-PROCAPE, município de Recife – PE, Brasil. Foram incluídos na amostra 13 pacientes, para quem foram firmados 21 diferentes diagnósticos de enfermagem, entre os quais 08 alcançaram uma frequência alta ( $\geq 75\%$  a 100%): Risco para infecção, Ansiedade/medo (indivíduo/família), Risco para constipação, Risco para controle ineficaz do regime terapêutico Risco para função respiratória prejudicada Risco para Infecção Risco para intolerância à atividade Integridade da pele prejudicada, Padrão de sono alterado e Débito cardíaco diminuído. Pode-se concluir que as pacientes submetidas a cirurgia cardíaca de RM,, são susceptíveis a uma quantidade excessiva de fontes de desequilíbrio, com problemas reais e potenciais que necessitam ser individualizados e propor intervenções de enfermagem que repercutam na melhora da qualidade de vida destes pacientes.

**Descritores:** Diagnóstico de Enfermagem; Revascularização do Miocárdio; processo de enfermagem. Cirurgia torácica; Cuidados de enfermagem;

TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza**Trabalho 88 - 2/28**

*Professora Doutora em Ciências na Universidade de São Paulo, USP, Brasil e Graduada em Enfermagem na Universidade de Pernambuco, UPE, Brasil<sup>4</sup>*

**Nursing diagnoses in women undergoing coronary artery bypass grafting**

**Ianne Kelly Moreira Pinheiro<sup>1</sup>, Marina Belfort de Moraes Guerra<sup>2</sup>, Raphaela Muniz Pereira de Melo<sup>3</sup>**

**Orientadora: Simone Maria Muniz da Silva Bezerra<sup>4</sup>**

**ABSTRACT:**

**Abstract:** Descriptive study, aiming to establish, according to the conceptual model of Wanda de Aguiar Horta e and to NANDA's taxonomy II, a nursing diagnostic of patients with **cirurgia cardiac de revascularização do miocárdio (RM)**, admitted to the Coronaire Care Unit of one hospital, at the city of Recife - PE. The sample consisted of 13 patients, to whom 21 different nursing diagnoses have been assigned eight nursing diagnoses have reached a high frequency ( $\geq 75\%$  to 100%): *Risk for infection, anguish, Disturbed sleep pattern, Deficient diversional activity and Decreased cardiac output, Deficit self-care*. You can conclude that the patient with AMI, entered in the environment of intensive treatment, is exposed to an excessive quantity of sources of imbalances, identified through the evaluation and elaboration of nursing diagnoses, needing interventions that improve the quality of life of this clientele.


**Key-Words:** nursing diagnoses, nursing process; **Revascularização do Miocárdio; Cirurgia torácica; Cuidados de enfermagem;**

---

*Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças, FENSG, Recife (PE), Brasil.  
Acadêmicas de Enfermagem pela Universidade de Pernambuco, UPE, Brasil<sup>1,2,3</sup>  
Professora Doutora em Ciências na Universidade de São Paulo, USP, Brasil e Graduada em Enfermagem na Universidade de Pernambuco, UPE, Brasil<sup>4</sup>*

**TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL**

07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza



Iracema Guardiã

**Trabalho 88 - 3/28****INTRODUCAO**

As doenças crônicas não transmissíveis são responsáveis pelas principais causas de morte e incapacidade<sup>(1,2)</sup>. 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)<sup>(1-3)</sup>.

As doenças cardiovasculares, no contexto da saúde mundial, destacam-se pelos seus elevados índices de morbidade e mortalidade<sup>5</sup>, 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<sup>(1,2)</sup>, visto que representam os mais altos custos em assistência médica, uma vez que esses pacientes vivem mais em decorrência do tratamento dos quadros agudos (4).

No Brasil, as estatísticas que definem a magnitude do problema são estonteantes: 300.000 brasileiros são vítimas dessas doenças ao ano. Além de serem a maior causa de óbito em todo o país, independentemente da faixa etária.

Embora exista uma tendência de queda na taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares, tanto em homens, como em mulheres, conforme apontam os dados de um estudo recente desenvolvido no Estado de São Paulo, estas doenças ainda permanecem como a principal causa de mortalidade em nosso meio<sup>5</sup>.

Segundo dados do Ministério da Saúde<sup>6</sup>, as doenças cardiovasculares constituem-se a maior causa de óbito em todas as regiões do Brasil, variando entre 29,9% no Nordeste e 34,7% no Sul. Os valores atingem 38,8% na faixa etária entre 50 e 64 anos, e 47,1% naquela acima de 64 anos. Dentre as doenças cardiovasculares, as que mais se correlacionam com mortalidade são a doença coronária, angina do peito e infarto do miocárdio (52,2% do total de óbitos por doença cardiovascular) e acidente vascular Encefálico (32,9%)<sup>6</sup>.

Os principais fatores de risco associados à doença das artérias coronárias (DAC), dividem-se em modificáveis (obesidade, tabagismo, diabetes mellitus, hipertensão arterial

TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza**Trabalho 88 - 4/28**

e dislipidemia) e não modificáveis (idade, sexo, raça, hereditariedade)ref. A estratificação do risco coronariano na população geral depende da verificação desses elementos, associada aos achados clínicos, de forma que a intervenção efetiva nos fatores modificáveis altere o risco de um evento coronariano primário ou secundário<sup>5</sup>. Os marcadores de aterosclerose subclínica e proteína C-reativa ultra-sensível podem ser úteis para melhor acurácia na estratificação de risco da mulher<sup>6</sup>.

O tratamento da doença cardíaca pode ser clínico ou cirúrgico, ambos com o objetivo de restabelecer a capacidade funcional do coração de forma a diminuir a sintomatologia e proporcionar ao indivíduo o retorno às suas atividades normais.

A cirurgia cardíaca é realizada quando a probabilidade de uma vida útil é maior com o tratamento cirúrgico que com o tratamento clínico. Existem três tipos de cirurgia cardíaca: as *corretoras* (fechamento de canal arterial, de defeito de septo atrial e ventricular), as *reconstrutoras* (revascularização do miocárdio, plastia de valva aórtica, mitral ou tricúspide) e as *substitutivas* (trocas valvares e transplantes)<sup>3</sup>. 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. 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<sup>6</sup>.

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<sup>4</sup>.

TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza

Iracema Gardã

**Trabalho 88 - 5/28**

E, devido ao fato de ser a enfermagem quem adquire um maior contato com o paciente, é ela a grande responsável pelas orientações do paciente no pós-operatório onde a assistência de enfermagem está relacionada com as intervenções para prevenção e ou tratar complicações proporcionando ao paciente o retorno às atividades do cotidiano o mais rápido possível. As intervenções de enfermagem são constituídas por um conjunto de etapas, sistematizadas 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 (12). 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 (15).

Na literatura, encontramos artigos que se reportam à identificação dos diagnósticos de enfermagem de pacientes com doença cardiovascular que se encontram em unidade de terapia intensiva (7-11).

Sabe-se que ocorrem, com muita frequência, discordâncias entre diagnósticos identificados por diferentes enfermeiros quando examinam um mesmo indivíduo e até por um mesmo enfermeiro quando examina o mesmo indivíduo duas vezes. Os desacordos clínicos no estabelecimento de diagnósticos entre profissionais são comuns e podem estar relacionados a fatores inerentes ao examinador (habilidade, treinamento, conhecimento teórico), ao paciente (fisiopatologia, tratamento, variações biológicas) e ao exame (12-13).

A temática do processo de cuidar sempre despertou 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.

TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza**Trabalho 88 - 6/28**

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.

Face à complexidade clínica apresentada pelos pacientes acometidos por infarto do miocárdio, percebe-se a necessidade e a importância de um instrumento metodológico para guiar a prática profissional da Enfermagem. Neste trabalho, o Processo de Enfermagem foi o instrumento metodológico adotado, por se acreditar que possibilita a identificação e avaliação das respostas dos pacientes à situação, de modo a implementar intervenções de enfermagem de forma rápida, objetiva e segura.

A sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) proporciona assistência individualizada e de qualidade ao cliente, com embasamento científico. Embora a maior parte dos enfermeiros já tenha a percepção da necessidade da SAE na realidade concreta, o processo de implementação, assim como a escolha do referencial teórico e uma metodologia adequada, ainda se constitui um grande desafio para que possa efetivamente fazer parte da rotina dos serviços de saúde<sup>7</sup>.

Um diagnóstico de enfermagem é um termo que descreve a resposta atual ou potencial a um problema de saúde que o enfermeiro tem competência técnica e legal para tratar. As respostas atuais e potenciais do cliente são obtidas a partir dos dados básicos do histórico, da revisão da literatura pertinente, dos registros clínicos prévios do cliente e da consulta com outros profissionais, todos estes dados sendo coletados durante o histórico. Por fim, as respostas atuais ou potenciais do cliente exigem prescrições que sejam do âmbito da prática de enfermagem<sup>11</sup>.

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

**TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL**

07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza

**Trabalho 88 - 7/28**

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<sup>(10)</sup>. 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<sup>(10)</sup>.

O presente estudo objetivou: a identificação dos diagnósticos de enfermagem segundo a taxonomia II da NANDA para o planejamento da assistência de enfermagem em mulheres submetidas à cirurgia de Revascularização do Miocárdio (RM); conhecer a incidência de RVM em mulheres; quantificar as possíveis complicações apresentadas por essas mulheres.

**REFERENCIAL TEÓRICO*****Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)***

A elaboração da Sistematização da Assistência de Enfermagem é um dos meios que o enfermeiro dispõe para aplicar seus conhecimentos técnico-científicos e humanos na assistência ao paciente, colaborando na definição do seu papel<sup>12</sup>.

A SAE veio modificar as atividades da enfermeira que normalmente assume variados papéis nas instituições de saúde, gerando além da sobrecarga do trabalho, insatisfação com a profissão e indefinição do real papel<sup>13</sup>.

O Processo de Enfermagem trata-se de uma forma organizada de cuidar do paciente, seguindo alguns passos previamente estabelecidos (coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação dos resultados)<sup>14</sup>.

Estas fases integram as funções intelectuais de solução de problemas, num esforço para definir as ações de enfermagem sendo caracterizado como intencional, sistematizado, dinâmico, interativo, flexível e baseado em teorias<sup>13</sup>.

A utilização deste método de trabalho traz implicações para profissão para o cliente e para enfermeira, definindo o alcance da prática e identificando padrões de cuidados de enfermagem. Garante o atendimento ao cliente com qualidade, ao mesmo tempo em que o

TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza**Trabalho 88 - 8/28**

estimula a participar dos cuidados. Por fim, promove o aumento da satisfação e a intensificação de crescimento profissional<sup>13</sup>.

A mudança da forma de abordagem científica em relação ao atendimento das necessidades básicas é o resultado da aplicação deste processo, acentuando ainda mais a preocupação das enfermeiras em avaliar suas ações<sup>9</sup>.

Dentre as vantagens de utilizar-se um método como uma estratégia para a assistência de enfermagem está a sustentação de um padrão mínimo de qualidade de assistência e, um melhor registro de informações sobre o paciente<sup>15</sup>.

A qualidade da assistência é influenciada por diversos fatores tais como: a formação profissional, número de profissionais disponíveis, o mercado de trabalho, a legislação vigente, as políticas, a estrutura e organização das instituições<sup>16</sup>. Assim, a avaliação sistemática desses fatores que interferem nas ações de enfermagem deve propiciar informações para subsidiar as intervenções necessárias visando os resultados desejados<sup>16</sup>.

Quando se fala em qualidade da assistência de enfermagem, como um fator fundamental para o benefício do cliente, é importante esclarecer o que se entende por qualidade da assistência e o que é esperado dos profissionais envolvidos no cuidado para atingi-la<sup>17</sup>.

A qualidade da assistência da enfermagem envolve aspectos primordiais como os conhecimentos e habilidades, as crenças e os valores individuais, profissionais e institucionais, o ser enfermeiro e o estar exercendo a profissão. Os conhecimentos que fundamentam as ações da enfermagem constituem um conjunto teórico, a ciência da enfermagem e são expressos operacionalmente pelo processo de enfermagem, que busca por meio da sistematização das ações, um nível de qualidade compatível com as necessidades do cliente, de sua família e da comunidade, com os recursos disponíveis. A habilidade envolve a capacidade de cuidar, constituindo um dos alicerces da qualidade da assistência. As crenças e os valores individuais, profissionais e institucionais, influenciam o padrão estabelecido para assistência de enfermagem que se fundamenta na qualidade dos resultados desejados da interação com o enfermeiro, com o cliente e reflete-se no compromisso do ser enfermeiro e do estar exercendo a profissão<sup>17</sup>.



**TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL**

07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza

Iracema Gardã

**Trabalho 88 - 9/28*****Processo de Enfermagem<sup>9</sup>.***

Embora o processo de enfermagem seja foco de discussões pelos enfermeiros brasileiros, desde os anos 70, observa-se, na prática clínica, dificuldades na sua implementação. Há diversas publicações nacionais<sup>(18-19)</sup> e internacionais<sup>(20-21)</sup> que enfocam aspectos relacionados com a implementação e documentação do processo de enfermagem. Resultados de estudos realizados evidenciam que mesmo com a implementação do processo de enfermagem os registros realizados pelos enfermeiros são incompletos<sup>(12,9)</sup>. Apesar das dificuldades apontadas, há ainda um grande interesse na implementação dessa metodologia de assistência.

O processo de enfermagem implica o desempenho da prática pelos profissionais de enfermagem de forma sistemática por meio de uma atividade deliberada, lógica e racional; o uso de um conhecimento compreensivo essencial para avaliar o estado de saúde do paciente; a realização de julgamentos, diagnósticos, planejamento e avaliação das ações de enfermagem de forma apropriada<sup>13</sup>. Considera-se que o processo de enfermagem compreende cinco passos inter-relacionados: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação<sup>13</sup>.

1. Histórico de Enfermagem: Roteiro sistematizado para o levantamento de dados do ser humano sendo possível identificar seus problemas;
2. Diagnóstico de Enfermagem: Identificação das necessidades do ser humano, após a avaliação e análise dos dados coletados no histórico;
3. Elaboração do Plano Assistencial: Determinação global da assistência de enfermagem que o ser humano deve receber diante do diagnóstico estabelecido;
4. Plano de Cuidados ou Prescrição de Enfermagem: Implementação do plano assistencial pelo roteiro diário que coordena a ação da equipe de enfermagem;
5. Evolução de Enfermagem: Relatório diário das mudanças sucessivas que ocorrem no ser humano, enquanto estiver sob assistência profissional;
6. Prognóstico de Enfermagem: Estimativa da capacidade do ser humano em atender suas necessidades básicas alteradas após a implementação do plano assistencial.

Justificada a importância do objeto de estudo e a forma de abordagem, necessário se faz justificar porque o desenvolvimento da pesquisa em URCT e nas enfermarias.

TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza**Trabalho 88 - 10/28**

Conforme é sabido, nessas unidades concentram-se os pacientes de maior complexidade clínica, que requerem atenção constante da equipe de saúde e, em especial, da equipe de enfermagem. Trata-se de um setor hospitalar especializado no atendimento a pacientes em estado crítico, através da centralização de recursos humanos e materiais, possibilitando assim, maior rapidez e eficácia nos cuidados prestados.

Em geral, a Unidade de recuperação cardiotorácica (URCT) se caracteriza como uma unidade altamente técnica, e o ambiente impessoal que predomina no setor pode influenciar o modo como a pessoa enfrenta a hospitalização e a doença. Os barulhos são constantes, tanto de equipamentos como de pessoas, acarretando ou acentuando o estresse e, conseqüentemente, influenciando o processo restaurador de seu estado de saúde. Quando consciente, o paciente assiste situações críticas de outras pessoas lá internadas, estando sujeito a estímulos ambientais constantes. Além disso, fica isolado e mantém pouco ou nenhum contato com familiares e amigos, o que pode acarretar sentimentos de medo e de impotência. É assistido por pessoas que lhe são estranhas, sem nenhuma autonomia para cuidar de si mesmo e sem nenhuma privacidade, não lhes sendo permitido realizar nenhuma atividade, incluindo sua própria higiene corporal.

Neste estudo optou-se por utilizar o modelo teórico defendido por Horta<sup>9</sup> que foi desenvolvido a partir da Teoria de Maslow que se fundamenta nas necessidades humanas básicas (NHB) e no referencial de João Mohana<sup>9</sup>. Este agrupa as necessidades em psicobiológicas, psicossociais e psico-espirituais. Acredita-se que este modelo atenda as necessidades de pacientes críticos internos em URCT e em unidades de pacientes cirúrgicos.

Para focar essa problemática é que se propôs esta pesquisa, cujo objetivo foi Identificar os diagnósticos de Enfermagem e os fatores de risco de pacientes do sexo feminino submetidas a cirurgia cardíaca de RM internadas na Unidade de recuperação cardiotorácica (URCT) e em enfermarias cirúrgicas, fundamentado no modelo conceitual das Necessidades humanas básica (NHB) da Teoria de Wanda A.Horta e analisar, dentre os diagnósticos de enfermagem identificados, os que apresentam uma freqüência alta ( $\geq 75\%$  a 100%) nessa clientela. No que se refere ao emprego dos diagnósticos Pasini<sup>20</sup> destacam que eles fornecem um perfil das necessidades de cuidados dessa clientela, a partir do qual é possível organizar o conhecimento na área e planejar a assistência de enfermagem, além de permitir comparações entre populações específicas de doentes. A crença de que a aplicação

**TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL**

07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza

**Trabalho 88 - 11/28**

do Processo de Enfermagem pode colaborar na melhoria da qualidade da assistência prestada a essas pacientes o que denota a principal motivação para a realização deste estudo.

**METODOS:**

Trata-se de uma pesquisa descritivo-exploratória, do tipo corte transversal, com abordagem quantitativa, realizada na Unidade de recuperação cardiotorácica (URCT) e em enfermarias cirúrgicas no Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco (PROCAPE), na Cidade do Recife-PE, Brasil na qual procurou-se identificar os diagnósticos de enfermagem apresentados pelos pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca de RM.

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 propositadamente um grupo que irá fazer parte da amostra<sup>(13)</sup>.

Do presente estudo participaram 13 pacientes do sexo feminino, após terem ultrapassado mais 48 horas de cirurgia cardíaca de RM e que estavam internadas na Unidade de Recuperação Cardiotorácica (URCT), e na enfermaria do 7º andar do referido hospital. A coleta de dados ocorreu nos meses de fevereiro a abril de 2009.

Na coleta de dados foi aplicado o instrumento de coleta que continha dados para a caracterização sócio-demográfica e clínica das pacientes, além do exame físico e consulta de exames laboratoriais e utilização do prontuário para coleta de dados sobre o diagnóstico médico.

Os dados foram coletados por entrevistas individuais, a partir de questionário do tipo checklist, observação sistemática e consulta ao prontuário, apresentados em quadros e tabelas, e utilizados: média, mediana, desvio padrão e percentagem. Os dados estatísticos foram feitos através das variáveis de associação.

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. Realizou-se um processo de julgamento das respostas dos pacientes ao estado de saúde, resultando em quadros individualizados de afirmativas diagnósticas, por paciente incluído na amostra. Para a denominação dos diagnósticos de enfermagem utilizou-se a taxonomia

TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza**Trabalho 88 - 12/28**

II da NANDA<sup>22</sup>. Determinou-se que todos os diagnósticos de enfermagem identificados passariam a constituir o perfil diagnóstico de enfermagem das pacientes submetidas a cirurgia cardíaca de RM internadas na URCT e no 7º andar do Procape, discriminando-os, com base em Gordon<sup>23</sup>, como de *alta frequência* ( $\geq 75\%$  a  $100\%$ ) de *média frequência* ( $\geq 50\%$  e  $< 75\%$ ) ou de *baixa frequência* ( $< 50\%$ ) na amostra.

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.

***Considerações éticas***

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<sup>(14)</sup>. Para tanto, o projeto em pauta foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do hospital destinado ao estudo. Ademais, a proposta foi encaminhada e aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa, protocolada sob nº 024/08. A coleta de dados iniciou com as devidas aprovações e após reunião com os responsáveis, onde foram esclarecidos sobre os objetivos do estudo e solicitada a autorização por escrito, com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

**TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL**

07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza


**Trabalho 88 - 13/28**
**RESULTADOS**
**3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

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

A faixa etária dos participantes submetidos a cirurgia de RM variou de 51 a 80 anos. Prevaleceu a faixa entre 61 a 70 anos (38,46%). A maioria dos participantes eram oriundos do interior do Estado (53,84%), 23,08% residiam na região metropolitana do Recife-PE, e em outro estado, (23,08%). Como mostrou a escolaridade, nenhum participante possuía nível superior, (23,08%) deles não haviam completado o ensino fundamental e outras (46,15%) não sabiam ler e escrever.

Entre os diagnósticos médicos encontrados que conduziram à cirurgia cardíaca de RM, os de maior evidência foram a hipertensão arterial (92,3%), insuficiência coronariana -ICO (53,84%) e o IAM (38,46%), diabetes mellitus (53,84%), angina instável (38,46%), Estava presente também, infecção da ferida operatória (15,38%), porém com frequência menor.

Dos fatores de risco evidenciados, os mais prevalentes foram a HAS (92,3%), o tabagismo (13,38%) e o diabetes melitus (58,84%). Foram encontrados, ainda, dislipidemia (15,38%).

**Tabela 01** – Distribuição das pacientes cirurgia cardíaca de RM internadas na URCT-Procape de acordo com a idade. (n = 13). Recife-Pe, 2009.

Idade	N	%
40 – 50	2	15,38
51 - 60	3	23,08
61 – 70	5	38,46
71 - 80	3	23,08
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100,00</b>

As pacientes que apresentavam um estado geral bom ou regular estavam em média, no 10º dia de internação e, portanto, com o quadro cirúrgico estabilizado. Foram identificados na amostra 21 diferentes diagnósticos de enfermagem, havendo um total de 06 afirmativas diagnósticas e uma média de 07 diagnósticos por paciente.

**TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL**

07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza


**Trabalho 88 - 14/28**

A seguir apresentamos em ordem de frequência os diagnósticos de enfermagem identificados em treze pacientes do sexo feminino internadas na unidade coronariana (URCT) e no 7º andar do PROCAPE.

Os diagnósticos de enfermagem identificados estão dispostos de acordo com o modelo conceitual de Wanda de Aguiar Horta.. No entanto, serão comentados apenas os de frequência maior que 50%.

A seguir, discutem-se os oito diagnósticos de enfermagem que obtiveram uma frequência alta ( $\geq 75\%$  a 100%) na amostra de pacientes submetidas a cirurgia cardíaca de RM.

**Tabela 2** – Distribuição dos diagnósticos de enfermagem identificados nas pacientes cirurgia cardíaca de RM internadas no PROCAPE (n = 13). Recife-Pe, 2009.

Diagnóstico de Enfermagem	N	%
Ansiedade/medo (indivíduo/família)	13	100,0
Risco para constipação	13	100,0
Risco para controle ineficaz do regime terapêutico	13	100,0
Risco para função respiratória prejudicada	13	100,0
Risco para Infecção	13	100,0
Risco para intolerância à atividade	13	100,0
Integridade da pele prejudicada	08	61,5
Padrão de sono alterado	08	61,5
Conhecimento deficiente	07	53,8
Constipação	07	53,8
Déficit no autocuidado para banho/higiene	06	46,1
Mobilidade física prejudicada	06	46,1
Déficit no autocuidado para alimentação	05	38,4
Volume excessivo de líquidos	04	30,7
Perfusão Tissular Periférica Ineficaz	03	23,0
Dor aguda	02	15,4
Medo relacionado ao tratamento	02	15,4
Náusea	02	15,4
Risco para infecção urinária	02	15,4
Padrão respiratório ineficaz	01	7,7
<b>Total de Pacientes</b>	<b>13</b>	<b>100,0</b>

Foram encontrados 21 diagnósticos de enfermagem. Destes, 10 apresentaram frequência maior que 50%. Os de maior prevalência foram Ansiedade, Risco para infecção, Risco para constipação, Risco para intolerância à atividade, Risco para função respiratória ineficaz, todos com a mesma frequência (100%). Outros diagnósticos também tiveram frequência elevada, quais sejam: Mobilidade física prejudicada e Integridade da pele prejudicada (61,5%); Padrão de sono perturbado (61,5%), Conhecimento deficiente

**TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL**

07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza



Iracema Guardiã

**Trabalho 88 - 15/28**

(53,8%), Constipação (53,8%), Déficit no autocuidado para higiene (46,1%), Mobilidade física prejudicada (46,1%).

Define-se Risco para infecção como o aumento do risco de invasão de patógenos<sup>(10)</sup>. 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.

O diagnóstico Risco para infecção aparece de forma expressiva no cotidiano da Enfermagem, em todas as áreas clínicas, pois a própria hospitalização é considerada um fator iatrogênico, que predispõe o paciente a desenvolver infecções, por múltiplas razões<sup>24</sup>. A NANDA<sup>22</sup> e CARPENITO<sup>11</sup> conceituam o diagnóstico Risco para infecção como estar em risco aumentado de ser invadido por organismos patogênicos ou um agente oportunista (vírus, fungo, bactéria, protozoário ou outro parasita), de fontes endógenas ou exógenas.

O *Risco para infecção*, identificado em todos os pacientes tanto por como pelos enfermeiros (concordância total), está associado, entre outros, aos fatores relacionados ao tratamento (cirurgia, presença de vias invasivas, terapia medicamentosa). Além dos procedimentos invasivos e da defesa primária insuficiente, provocada pelo trauma cirúrgico, vários outros fatores influenciam a incidência de infecção na ferida operatória, entre eles as condições clínicas pré-operatórias do paciente, as condições técnicas em que a cirurgia foi realizada e a permanência hospitalar pré-operatória<sup>(24)</sup>.

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<sup>(10)</sup>. Todos os participantes apresentaram risco para constipação e tinham como fatores de risco os funcionais (atividade física insuficiente) e os

TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza**Trabalho 88 - 16/28**

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<sup>(16)</sup> com pacientes internadas com cirurgia cardíaca de RM, porém a frequência desse diagnóstico foi de 53%, 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<sup>(10)</sup>. 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<sup>(16)</sup> 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 URCT muitos pacientes não possuem capacidade de autocuidado.

Já o diagnóstico Integridade da pele prejudicada é definido como a alteração da derme e/ou epiderme<sup>(10)</sup>. 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.



TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza**Trabalho 88 - 17/28**

No estudo de Galdeano e Rossi<sup>(15-36)</sup>, 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<sup>(17)</sup>.

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<sup>(10)</sup>, 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<sup>(16)</sup>, 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<sup>(10)</sup>. 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<sup>(16)</sup>, 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<sup>(17)</sup>.

Entende-se o diagnóstico Risco para função respiratória prejudicada como a não proporção da ventilação adequada da inspiração e expiração<sup>(10)</sup> tal como encontrado em boa

**TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL**

07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza

**Trabalho 88 - 18/28**

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<sup>(10)</sup>. Este diagnóstico mostrou-se evidente devido a mudança no ambiente, como um lugar desconhecido e assustador, além da distância da família, e preocupações financeiras e familiares. Em estudo já realizado<sup>(9)</sup>. A ansiedade desses pacientes estava relacionada ao procedimento cirúrgico e ao medo da morte.

A NANDA<sup>22</sup> define o diagnóstico Padrão de sono perturbado como um “distúrbio com tempo limitado na quantidade ou qualidade do sono (suspensão natural, periódica da consciência).” As características definidoras listadas pela NANDA<sup>22</sup> para o diagnóstico incluem: despertares prolongados, insônia, insatisfação com o sono, três ou mais despertares durante a noite, queixas verbais de dificuldade para adormecer e de não se sentir bem-descansado.

O diagnóstico Padrão de sono perturbado esteve presente em 53,8% dos pacientes da amostra. Os indicadores empíricos que fundamentaram o diagnóstico foram as queixas dos pacientes sobre o ruído, a iluminação e a temperatura ambiental, que incomodavam e atrapalhavam o sono e o repouso.

O diagnóstico de enfermagem Atividades de recreação deficientes é definido pela NANDA<sup>22</sup> como “estimulação (ou interesse, ou engajamento) diminuída em atividades recreativas ou de lazer.” Neste trabalho, atividades de recreação são entendidas como qualquer atividade que distraia o paciente e desvie sua atenção do ponto de preocupação e que possa ser executada no ambiente hospitalar, desde que adequada às condições do paciente.

O que se observa na URCT é que, de modo geral, não há qualquer atividade de distração, ficando o paciente restrito ao leito, mesmo quando seu estado geral está estabilizado. O diagnóstico Atividades de recreação deficientes foi identificado em 100% pacientes, sendo

**TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL**

07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza

**Trabalho 88 - 19/28**

o principal indicador empírico o relato desses pacientes sobre a ausência total de atividades de distração no ambiente da URCT.

Débito cardíaco diminuído é definido pela NANDA<sup>22</sup> como “sangue bombeado pelo coração insuficiente para atender às demandas metabólicas corporais.” CARPENITO<sup>11</sup> e SPARKS, TAYLOR e DYER<sup>25</sup> listam as condições de risco para o desenvolvimento desse diagnóstico, entre as quais incluem: infarto do miocárdio, choque séptico, doença pulmonar obstrutiva crônica, doença cardíaca congênita, hipovolemia, insuficiência cardíaca congestiva, hipertensão, anemia e cardiopatia reumática. Para a NANDA<sup>22</sup>, dentre as várias características definidoras do referido diagnóstico, estão incluídas: arritmias (taquicardia, bradicardia); palpitações; distensão de veia jugular; fadiga; edema; ganho de peso; pele fria e pegajosa; dispnéia; oligúria; perfusão periférica prolongada; pulsos periféricos diminuídos; variações nas leituras de pressão sanguínea; mudanças da cor da pele; estertores; tosse; ansiedade; agitação; entre outros.

Para se adaptar as situações de ansiedade, o corpo desencadeia reações que ativam a produção de hormônios, entre eles a adrenalina. Isso deixa o indivíduo em "estado de alerta" e em condições de reagir. Em instantes, esses hormônios se espalham por todas as células do corpo, provocando aceleração da respiração e dos batimentos cardíacos, dentre outros sintomas, denominados "reação de luta ou fuga"<sup>26</sup>.

O estresse é desencadeado por um conjunto de manifestações fisiológicas e emocionais em resposta a estímulos estressores e que obedece a uma seqüência de acontecimentos mais ou menos constante, onde ocorrem simultaneamente: estimulação adrenal, diminuição do timo, ulcerações gastrintestinais, perda de peso, alterações na composição química do corpo, entre outras. Como estímulos estressores encontram-se eventos que podem acometer uma única pessoa ou um pequeno grupo de pessoas, tais como: morte, doenças crônicas ou incapacitantes e até mesmo o nascimento<sup>21</sup>.

Os sintomas de estresse na área emocional vão desde a apatia até a depressão, com nuances de desânimo e sensação de desalento, hipersensibilidade emotiva, até raiva, ira, irritabilidade e ansiedade, além de ter potencial para desencadear surtos psicóticos e crises neuróticas. A interpretação de um estímulo interno ou externo como ameaçador ou

TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza

Iracema Gardã

**Trabalho 88 - 20/28**

perigoso desencadeará uma reação emocional que é caracterizada por estado de ansiedade<sup>21</sup>.

Ansiedade corre por conta do Sistema Nervoso Autônomo (SNA), o qual reage se excitando (sistema simpático) na reação de alarme. Na consciência a Ansiedade se manifesta por dois sentimentos desagradáveis: 1- através da consciência das sensações fisiológicas de sudorese, palpitação, inquietação, etc. e; 2- através da consciência de estar nervoso ou amedrontado. Alguns pacientes têm sintomas cardiovasculares, tais como palpitações, sudorese ou opressão no peito, outros manifestam sintomas gastrointestinais como náuseas, vômito, diarreia ou vazão no estômago, outros ainda apresentam mal-estar respiratório ou predomínio de tensão muscular exagerada, do tipo espasmo, torcicolo e lombalgia. Enfim, os sintomas físicos e viscerais variam de pessoa para pessoa.

Psicologicamente a Ansiedade pode monopolizar as atividades psíquicas e comprometer, desde a atenção e memória, até a interpretação fiel da realidade<sup>27</sup>.

Alto risco para a função respiratória alterada: “Estado em que o indivíduo está em risco para apresentar uma ameaça a passagem do ar através do trato respiratório e a troca de gases (O<sub>2</sub>-CO<sub>2</sub>) entre os pulmões e o sistema cardiovascular<sup>11</sup>”.

Segundo CARPENITO<sup>11</sup>, as diversas responsabilidades da enfermagem associadas aos problemas da função respiratória, incluem a prevenção de problemas, a redução ou eliminação dos fatores contribuintes dos problemas respiratórios, a monitoração do estado respiratório e o controle da disfunção respiratória aguda.

Para a autora acima citada, risco para a função respiratória alterada foi acrescentado à lista da NANDA para descrever um estado no qual o completo sistema respiratório tenha sido afetado e não apenas áreas isoladas, como a desobstrução das vias aéreas ou a troca gasosa.

Segundo a NANDA<sup>22</sup>, reservas de energias diminuídas resultam em uma incapacidade do indivíduo de manter respiração adequada para sustentar a vida.

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

**TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL**

07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza

**Trabalho 88 - 21/28**

diagnóstico de enfermagem<sup>(10)</sup>. 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.

**Intervenções e Resultados Sugeridos**

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

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.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Neste estudo aplicamos a etapa de coleta de dados e a etapa diagnóstica do Processo de Enfermagem a pacientes submetidas a cirurgia cardíaca de RM, fundamentadas no modelo conceitual de Wanda de Aguiar Horta e tendo a taxonomia II da NANDA<sup>22</sup> como base para as afirmativas diagnósticas.

**TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL**

07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza



Iracema Gardã

**Trabalho 88 - 22/28**

Durante o processo de estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem de pacientes submetidas a cirurgia de RVM, constatamos que o modelo conceitual de Wanda Horta é perfeitamente aplicável, não só em URCT, mas nos diversos setores do hospital. Assim, consideramos que esse modelo conceitual pode nortear a assistência, a pesquisa, o ensino e, também, a administração hospitalar, pois visa principalmente o meio ambiente e o entende como sendo tudo aquilo que se encontra ao redor do ser humano e lhe diz respeito. Sua utilização na prática profissional pode resultar em melhoria da assistência à clientela<sup>26</sup>.

Os resultados deste estudo possibilitaram a elaboração de intervenções de enfermagem segundo a taxonomia da NANDA, para os pacientes de cirurgia cardíaca de RM. Este trabalho pode constituir subsídio para as enfermeiras no cuidado de pacientes de cirurgia cardíaca.

A partir da análise dos registros de enfermagem em 13 prontuários, foram identificados 21 diferentes diagnósticos de enfermagem. Dentre estes, 8 diagnósticos foram caracterizados como real (integridade tissular prejudicada, dor, ansiedade, padrão respiratório ineficaz, e distúrbio no padrão do sono) e 8 como de risco (Risco para infecção; Risco para volume de líquidos desequilibrado; Risco para constipação; Risco para intolerância à atividade; Risco para processos familiares interrompidos; Risco para controle ineficaz do regime terapêutico; Risco para infecção urinária; Risco para lesão por posicionamento). Neste estudo, observamos que para alguns diagnósticos a falta de registros completos e objetivos observados nos prontuários deixavam dúvidas quanto à implementação dos cuidados a serem prescritos pelas autoras. Entretanto, os diagnósticos de enfermagem, identificados a partir dos registros não retratam inteiramente a condição do paciente e, por essa razão, dificultam o estabelecimento das metas e objetivos e das prescrições de enfermagem e, conseqüentemente, dificultam a avaliação.

A maioria dos registros de enfermagem que encontramos expressava principalmente o cumprimento de ações rotineiras (banho e curativos). A falta de registros diários pelos enfermeiros que contenham uma avaliação completa do paciente pode indicar que essa avaliação não está sendo realizada.

Preconiza-se nesta unidade que os enfermeiros avaliem os pacientes em cada turno de trabalho, entretanto, observou-se que nem sempre esta avaliação está sendo registrada.

**TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL**

07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza

**Trabalho 88 - 23/28**

Os enfermeiros deveriam a cada dia avaliar o paciente; registrar os diagnósticos de enfermagem identificados e atualizar a avaliação sempre que houver mudanças.

Os registros deveriam propiciar um retrato do paciente em relação aos diagnósticos aos seus fatores relacionados e características definidoras ou fatores de risco.

As prescrições de enfermagem deveriam ser realizadas considerando a avaliação e os diagnósticos identificados.

O registro de todas as etapas do processo de enfermagem é importante para que se possa observar a dinamicidade dessa metodologia de assistência e também dar continuidade ao cuidado. A forma como o processo de enfermagem é implementado e registrado precisa ser discutida e reformulada e isto deve ser feito em conjunto com os outros profissionais de enfermagem que atuam nessa Unidade.

Nesse processo, o enfoque deveria ser a individualização do cuidado ao paciente e o seu envolvimento no cuidado.

A documentação de todas as fases dessa metodologia de assistência é importante e, por essa razão, deve ser discutida e operacionalizada de tal forma que retrate o cuidado realizado, mas não pode ser burocratizada a ponto de se tornar um fim em si mesmo.

**CONCLUSÃO**

A pesar de ser um estudo piloto devido ao número limitado de pacientes estudados, 13 pacientes, este favoreceu a identificação, das necessidades de cuidados com os pacientes submetidas a cirurgia de RM, proporcionando, oportunidade para o desenvolvimento de habilidade diagnóstica. Ressaltamos que nesta investigação, utilizamos apenas duas etapas do processo de enfermagem: A coleta de dados e o Diagnóstico de enfermagem e os fatores relacionados. As análises das entrevistas, dos dados do exame físico e dos prontuários levou-nos a aprofundar nas especificidades do doente crítico com base nos diagnósticos de enfermagem da NANDA, conforme a taxonomia II um enfoque individualizado do cuidado ao paciente.

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

**TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL**

07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza


**Trabalho 88 - 24/28**

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

Assim compreendemos que este estudo é o início de uma proposta para sistematizar a assistência de enfermagem ao paciente portador de cirurgia cardíaca de RM com o objetivo de proporcionar cuidados de enfermagem individualizados e fundamentados em conhecimento técnico-científico.

**REFERÊNCIAS**

1. Barbieri, R. L. SOS cuidados emergenciais. São Paulo: Rideel, 2002.
2. Smeltzer, S. C.; BARE, B. G. Brunner & Suddarth. Tratado de enfermagem Médico-Cirúrgica. 8.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Anuário estatístico da saúde do Brasil,2001. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em:12 mai.2009. 5
4. Eye, G. V. Infarto: o ataque do coração. Porto Alegre, 2003. Disponível em: <<http://www.infarto-o-ataque-do-coracao-ABC-da-saude.htm>>. Acesso em: 12 ago. 2003.
5. Bernardino E, Ealhg, Domaclkovski; Tanaka JH. Protocolos de Atendimento em Enfermagem na Ocorrência de Arritmias Cardíacas, IAM e PCR, Baseados nas Funções Independentes de Enfermagem. Ciência e Cultura, n.36, FCBS 04, p.23-24. Curitiba, nov.2002.
6. Ministério da Saúde. Datasus,2006. Disponível em <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em 20 mai. 2007.
7. Backes , et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem: Percepção dos enfermeiros de um hospital filantrópico. Acta Sci. Health Sei. Maringá, v.27, n. 1, p. 25-29, 2005.
8. Bittar DB, Borges. Sistematização da Assistência de Enfermagem ao paciente crítico:Proposta de Instrumento de Coleta de Dados . Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis, vol.4, nº15, Out-Dez 2006. Disponível em: <http://www.textoecontexto.ufsc.br/index.php> . Acesso em: 10 mar, 2007.
9. Horta, Wanda de Aguiar. Processo de Enfermagem.São Paulo(SP):EPU; 1979
10. Potter, Patrícia A; Perry, Anne G. Grande tratado de Enfermagem Prática : Clínica e Prática Hospitalar . 4º edição. Editora Artes Médicas; São Paulo; Santos; 1999.



**TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL**

07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza


**Trabalho 88 - 25/28**

11. Carpenito LJ. Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica. 9ª ed. São Paulo (SP): Artmed; 2002. Aplicação do processo.
12. Garcia TR, Nóbrega MML. Sistematização da assistência de enfermagem: reflexões sobre o processo: livro resumo. In: Anais do 52o Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2000 Out 21-26; Recife, Brasil. Recife (PE): Associação Brasileira de Enfermagem; 2000. p.680.
13. Iyer, P. W.; Tapitich, B. J.; Bernicchiosey, D. Processo e Diagnóstico em Enfermagem. Tradução de Regina Machado Garces. Porto alegre.RS. Artes Médicas; 1993.
14. Conselho Regional de Enfermagem(SP). Sistematização da Assistência Melhora a Qualidade do Cuidar. Publicação Oficial Bimestral do Coren-SP, São Paulo 1999mai/jun; 22(5):5.
15. CARMEN: iniciativa para a prevenção integrada de doenças não - transmissíveis nas Américas. Brasília (DF): Organização Pan Americana de Saúde (OPAS); 2003
16. Backes , et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem: Percepção dos enfermeiros de um hospital filantrópico. Acta Sci. Health Sei. Maringá, v.27, n. I, p. 25-29, 2005.
17. Ballone GJ - Ansiedade - in. PsiqWeb, Internet, disponível em <http://www.psiqweb.med.br/>, revisto em 2005.
18. Bittar DB, Borges. Sistematização da Assistência de Enfermagem ao paciente crítico:Proposta de Instrumento de Coleta de Dados . Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis, vol.4, nº15, Out-Dez 2006. Disponível em: <http://www.textocontexto.ufsc.br/index.php> , Acesso em: 10 mai, 2009.
19. Carpenito LJ. Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica. 9ª ed. São Paulo (SP): Artmed; 2002. Aplicação do processo.
20. Garcia TR, Nóbrega MML. Sistematização da assistência de enfermagem: reflexões sobre o processo: livro resumo. In: Anais do 52o Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2000 Out 21-26; Recife, Brasil. Recife (PE): Associação Brasileira de Enfermagem; 2000. p.680.
21. Gordon, M. Nursing diagnosis: process and application. 3ed. St. Louis: Mosby, 1994.
22. Grazziano, Eliane da Silva; Bianchi, Estela Regina Ferraz Caregivers and patient's anxiety level during cardiac catheterizathion. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2004, vol.12, n. 2, ISSN 0104-1169.
23. Horta, Wanda de Aguiar. Processo de Enfermagem.São Paulo(SP):EPU; 1979
24. Freitas MC. Trabalhando com diagnóstico de enfermagem no estágio de unidade de terapia intensiva. In: Anais do 1º Simpósio Nacional sobre Diagnósticos de Enfermagem e do 3º Encontro Cearense sobre Diagnósticos de Enfermagem; 1996; Fortaleza. Fortaleza: ABEn-Seção-CE; 1996. p. 8.

TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza**Trabalho 88 - 26/28**

25. Iyer, P. W.; Tapitich, B. J.; Bernicchilosey, D. Processo e Diagnóstico em Enfermagem. Tradução de Regina Machado Garces. Porto alegre.RS. Artes Médicas; 1993.
26. Pasini D, Alvim I, Kanda L, Mendes RSP, Cruz DALM. Diagnósticos de enfermagem de pacientes em unidades de terapia intensiva. In: Anais do 1º Simpósio Nacional sobre Diagnósticos de Enfermagem e do 3º Encontro Cearense sobre Diagnósticos de Enfermagem; nov. 25-27 1996; Fortaleza. Fortaleza: ABEn-Seção-CE; 1996. p. 59.
27. Kurgant P, Coordenadora. Administração em Enfermagem. São Paulo(SP): EPU, 1991.
28. Leopardi, MT. O Método como Objetificação Científica na Assistência da Enfermagem. Texto e contexto Enfermagem, Florianópolis(SC) 1995 jan/jun; 4(1):9-18.
29. Cavalcanti AB, Avezum A, Sousa AG, Rassi Júnior A, Coutinho M, Mesquita ET, et al. Semiologia médica: a contribuição da cardiologia baseada em evidências. Rev Soc Cardiol Est São Paulo. 2001;11:176-88.
30. Ministério da Saúde. Datasus,2006. Disponível em <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em 20 mai. 2007.
31. Nanda. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação (2001-2002). Tradução por: Jeanne Liliane Marlene Michel. Porto Alegre: Artmed, 2002.
32. Padilha MI. Qualidade da Assistência: Um Benefício Universal. Rev Hospadm Saúde 1991 Set-Out; 15(5): 210-5.
33. Potter, Patrícia A; Perry, Anne G. Grande tratado de Enfermagem Prática : Clínica e Prática Hospitalar . 4º edição. Editora Artes Médicas; São Paulo; Santos; 1999.

**TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL**

 07 a 10 de Dezembro 2009  
 Centro de Convenções do Ceará  
 Fortaleza

Iracema Gardã


**Trabalho 88 - 27/28**
**Quadro1-** Distribuição dos diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados evidenciados nas pacientes(N=13) entrevistadas no PROCAPE, 2009.

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções	Resultados
Ansiedade/medo (indivíduo/família)	Reduzir a ansiedade, mediante diálogos com o paciente, informações sobre o estado de saúde.	Controle da ansiedade, enfrentamento.
Conhecimento deficiente	Verificar o nível de conhecimento; Oferecer informações relevantes; Elaborar objetivos;	Participar do processo de aprendizagem; Evidenciar maior interesse; Verbalizar compreensão do tratamento; Iniciar as mudanças necessárias para o tratamento
Constipação	Manter hidratação adequada; Estimular o paciente a movimentar-se, se possível; Ensinar a importância de dieta equilibrada	Relatar movimentos intestinais a cada dois ou três dias
Déficit no autocuidado para alimentação	Auxiliar durante a alimentação; administrar dieta por sonda nasogástrica/nasoenteral.	Estado nutricional equilibrado, autocuidado com a alimentação.
Déficit no autocuidado para banho/higiene	Providenciar equipamento para banho; Orientar quanto a necessidade de higiene bucal.	Desempenho higiênico adequado
Dor aguda	Administrar analgésicos prescritos; aplicar calor/frio.	Controle da dor, nível de conforto, controle dos sintomas.
Integridade da pele prejudicada	Cuidar das lesões, suturas; proteger contra infecção; prevenir úlceras de pressão.	Integridade tissular: pele e mucosas, cicatrização de feridas por primeira intenção.
Medo relacionado ao tratamento.	Esclarecer o tratamento; Solicitar avaliação do psicólogo.	Aumento do conforto psicológico e fisiológico.
Mobilidade física prejudicada	Cuidar do repouso no leito; assistir no autocuidado; promover exercício.	Nível de mobilidade, locomoção.
Náusea	Encorajar a fazer refeições pequenas e frequentes; Instruir o cliente à evitar líquidos quentes, alimentos gordurosos, temperados e cafeína; Determinar a etiologia da náusea e consultar o tratamento.	Relatar diminuição da náusea.
Padrão de sono alterado		Sono.
Padrão respiratório ineficaz	Oferecer e/ou manter oxigenoterapia; monitorizar a função respiratória.	Ventilação, nível de conforto.
Perfusão Tissular Periférica Ineficaz	Trocar de posição; Manter a pele seca lubrificada; Reduzir os pontos de pressão externa;	Melhora da circulação periférica; Identificar o regime médico, a dieta, os medicamentos e as atividades que promovem a vasodilatação.
Risco para constipação	Proporcionar ambiente reservado; oferecer líquidos, se não houver restrição hídrica; planejar a dieta; administrar medicamentos quando prescritos; promover exercício quando possível.	Eliminação intestinal, hidratação
Risco para controle ineficaz do regime terapêutico	Identificar os fatores causadores ou contribuintes, que impedem o controle eficaz; Promover atitude positiva e participação ativa da família.	O indivíduo/família deverá relatar a intenção de praticar os relacionamentos saudáveis necessários para a recuperação da doença, e prevenção da recorrência ou de complicações.
Risco para função respiratória prejudicada	Incentivar a deambulação; auscultar o campo pulmonar; auxiliar no reposicionamento	Padrão respiratório eficaz; respiração espontânea
Risco para Infecção	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.	Controle de riscos, detecção de riscos, integridade tissular, cicatrização de feridas por primeira intenção.
Risco para infecção urinária	Investigar os antecedentes (cateter); Técnica asséptica; Observar as manifestações clínicas de infecção.	Identificar intervenções para prevenir/reduzir o risco para infecção; Não apresentar sinais clínicos de infecção.
Risco para intolerância à atividade	Promover exercício; oxigenoterapia.	Controle da dor, ventilação.
Volume excessivo de líquidos	Monitorar a pele quanto a sinais de úlcera de pressão; Mudança de decúbito; Identificar estase venosa; Orientar quanto dieta, prática de exercício pós alta.	Diminuição do Edema

TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL

07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza



**Trabalho 88 - 28/28**