



Diagnósticos de enfermagem em pacientes no período pós-operatório de cirurgias cardíacas*

Nursing diagnoses in patients in the postoperative period of cardiac surgery

Diagnósticos de enfermería en pacientes en el período postoperatorio de cirugías cardíacas

Flávia Lamberti Pivoto¹, Wilson Danilo Lunardi Filho², Silvana Sidney Costa Santos³, Miriam de Abreu Almeida⁴, Rosemary Silva da Silveira⁵

RESUMO

Objetivo: Identificar, em conjunto com enfermeiras de uma Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória Cardiológica, diagnósticos de enfermagem presentes em pacientes no período pós-operatório de cirurgias cardíacas, com vistas à futura implementação do processo de enfermagem nessa unidade. **Métodos:** Trata-se de um estudo qualitativo, ancorado na pesquisa convergente-assistencial. Os dados foram obtidos, nos registros de enfermagem de 20 pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, no mês de abril de 2008, acrescidos da experiência profissional de seis enfermeiras participantes do grupo de convergência reunido durante cinco encontros. **Resultados:** Foram estabelecidos 15 diagnósticos, segundo a Taxonomia II da *North American Nursing Diagnosis Association*, corroborados por outros autores. **Conclusão:** Identificar diagnósticos de enfermagem comuns em pacientes no pós-operatório de cirurgias cardíacas permite um direcionamento da assistência de enfermagem e subsidia o estabelecimento de intervenções fundamentadas e adequadas às necessidades individuais apresentadas por esses pacientes.

Descritores: Diagnóstico de enfermagem; Cuidados pós-operatórios; Procedimentos cirúrgicos cardíacos

ABSTRACT

Objective: To identify - together with working nurses at a Postoperative Cardiac Intensive Care Unit - the nursing diagnoses of patients in the postoperative period of cardiac surgery, with the intention of, in the future, implement the nursing process on that unit. **Methods:** This is a qualitative study based on convergent-care research. Data were obtained from nursing records of 20 patients who underwent surgery in April 2008, plus the professional experience of six participating nurses from the convergence group who met for five sessions. **Results:** 15 diagnoses were established according to Taxonomy II of the *North American Nursing Diagnosis Association*, which were corroborated by other authors. **Conclusion:** The identification of standard nursing diagnoses, in postoperative cardiac surgery patients, can guide the nursing care and subsidize the development of interventions that have solid basis and are appropriate to individual needs that patients have.

Keywords: Nursing diagnosis; Postoperative care; Cardiac surgical procedures

RESUMEN

Objetivo: Identificar en conjunto con las enfermeras, de una Unidad de Tratamiento Intensivo Postoperatorio Cardiológico, los diagnósticos de enfermería realizados en pacientes en el período postoperatorio de cirugías cardíacas, con la finalidad de, futuramente, implementar el proceso de enfermería en esa unidad. **Métodos:** Se trata de un estudio cualitativo, basado en la investigación convergente-asistencial. Los datos fueron obtenidos de los registros de enfermería de 20 pacientes sometidos a cirugía cardíaca, en el mes de abril de 2008, acrescidos de la experiencia profesional de seis enfermeras participantes del grupo de convergencia que se reunió durante cinco encuentros. **Resultados:** Fueron establecidos 15 diagnósticos, según la Taxonomía II de la *North American Nursing Diagnosis Association*, corroborados por otros autores. **Conclusión:** La identificación de diagnósticos estándar de enfermería en pacientes en el postoperatorio de cirugías cardíacas permite orientar la asistencia de enfermería y subsidiar el establecimiento de intervenciones que tiene sólidas bases y son adecuadas a las necesidades individuales que tienen esos pacientes.

Descriptores: Diagnostico de enfermería; Cuidados post operatórios; Procedimientos quirúrgicos cardíacos

* Extraído da Dissertação de Mestrado "Proposta de Processo de Enfermagem em Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória Cardiológica", apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – FURG - Rio Grande (RS), Brasil.

¹ Mestre em Enfermagem. Enfermeiro do Hospital Universitário Prof. Miguel Riet Corrêa Jr. da Universidade Federal do Rio Grande – FURG - Rio Grande (RS), Brasil.

² Doutor em Enfermagem. Professor Associado II da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – FURG - Rio Grande (RS), Brasil.

³ Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto III da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – FURG - Rio Grande (RS), Brasil.

⁴ Doutora em Educação. Professora Adjunto da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS – Porto Alegre (RS), Brasil.

⁵ Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto II da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – FURG - Rio Grande (RS), Brasil.

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares estão entre as principais causas de morbidade e mortalidade da população mundial. No Brasil, constituem-se na principal causa de mortalidade, acentuadas pela maior longevidade da população e adoção de hábitos de vida com maior exposição a fatores de risco⁽¹⁾. A abordagem terapêutica das doenças cardiovasculares pode ser clínica ou cirúrgica. A cirurgia é indicada, quando a probabilidade de sobrevida é maior com o tratamento cirúrgico do que com o tratamento clínico. As cirurgias cardíacas podem ser classificadas em corretoras, relacionadas à correção de defeitos do canal arterial, septo atrial ou ventricular; reconstrutoras, destinadas à revascularização do miocárdio ou plastia das válvulas cardíacas e substitutivas que compreendem as trocas valvares e os transplantes⁽²⁻⁵⁾.

A expressiva ocorrência das doenças cardiovasculares na população e o avanço tecnológico em seu tratamento, assim como a complexidade e pormenores dos cuidados requeridos por pacientes submetidos a cirurgias cardíacas, cuja condição de saúde sofre mudanças constantes e abruptas, requerem intervenções de enfermagem imediatas e precisas, carecendo de planejamento prévio e cientificamente fundamentado. Diversos estudos demonstram a preocupação dos autores para identificar diagnósticos de enfermagem em grupos específicos, tais como: pacientes internados em unidades de clínica cirúrgica⁽⁶⁾ e de clínica médica⁽⁷⁾; idosos hospitalizados⁽⁸⁾; pacientes com lesão medular⁽⁹⁾, pacientes submetidos a cateterismo cardíaco⁽¹⁰⁾, pacientes de pós-operatório imediato de colecistectomia laparoscópica⁽¹¹⁾, pacientes nos períodos pré, intra e pós-operatórios de cirurgias^(2-4,12). Tais estudos corroboram a relevância da averiguação das manifestações clínicas dos grupos de pacientes com características comuns que possibilitam o conhecimento das necessidades humanas afetadas, contribuindo, assim, para o desenvolvimento de intervenções de enfermagem direcionadas e individualizadas, resultando na implementação de ações rápidas e eficazes para resolução dos problemas identificados.

Na década de 1970, iniciou-se um processo de classificação da nomenclatura diagnóstica de enfermagem, que resultou no desenvolvimento do Sistema de Classificação de Diagnósticos de Enfermagem da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA-I). A atual Taxonomia II da NANDA Internacional tem um formato multiaxial, estruturada com base em sete eixos, compreendendo três níveis, expressos em 13 domínios, 47 classes e 187 diagnósticos de enfermagem⁽¹³⁾. O estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem representa uma etapa fundamental do processo de enfermagem, pois eles expressam o julgamento clínico das necessidades de cuidados identificadas, apoiadas em

entrevista e exame físico, durante a realização do histórico de enfermagem e fornecem o embasamento para o estabelecimento das intervenções, incidindo diretamente nos resultados alcançados⁽¹³⁻¹⁵⁾.

Assim, o processo de enfermagem direcionado por teorias e embasado no conhecimento prático e científico pode ser entendido como uma metodologia que favorece a implementação de saberes e fazeres no cuidado às pessoas⁽¹⁶⁾. Pode também, ser compreendido como um instrumento metodológico que sistematiza a prática, proporciona a percepção, interpretação e antecipação das respostas individuais às alterações de saúde, bem como a intervenção adequada, planejada e fundamentada dos problemas identificados e a avaliação dos resultados^(14,17-18). Possibilita, ainda, demonstrar a prática que já vem sendo realizada, mas, ainda pouco percebida, de forma sistematizada, organizada e explícita, uma vez que confere especificidade e evidência às ações, pelo caráter valorativo, organizativo e resolutivo da assistência, ao servir de comprovação escrita das ações desenvolvidas.

Desse modo, pela relevância do processo de enfermagem, com reflexos na significação atribuída à profissão e na qualidade da assistência, buscou-se com a realização deste estudo colaborar com a produção científica da área, abordando uma de suas fases: a identificação dos diagnósticos de enfermagem. Para tal, objetivou-se, em conjunto com as enfermeiras de uma Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória Cardiológica, identificar diagnósticos de enfermagem presentes em pacientes no período pós-operatório de cirurgias cardíacas, visando à futura implementação do processo de enfermagem na unidade de estudo.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo ancorado na metodologia da pesquisa convergente-assistencial, que se caracteriza pela convergência entre pesquisa, assistência e participação dos sujeitos, concomitantemente ao processo de construção de conhecimento, sendo delimitados de modo intencional, visando à sua representatividade e profundidade das informações. As questões de pesquisa são frutos de experiências vividas no contexto da prática e os resultados destinam-se às melhorias do local do estudo. Os métodos de coleta e análise dos dados não são estipulados, chegando a reunir diferentes métodos, técnicas e estratégias para obter e analisar as informações⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

Quanto ao tipo, trata-se de uma pesquisa qualitativa, que teve como cenário a Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória Cardiológica (UTI-UPO) do Hospital de Cardiologia e Oncologia Dr. Pedro Bertoni, pertencente ao complexo da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande (ACSCRG), Rio Grande do Sul, Brasil. A UTI-UPO é constituída de sete leitos, sendo

um para isolamento. Presta atendimento intensivista, de recuperação pós-anestésica e pós-operatória de cirurgias cardíacas. A frequência da realização de cirurgias cardíacas no hospital é de uma ao dia, salvo casos de emergências cirúrgicas, com média de 20 cirurgias mensais, dentre as quais se destacam as de revascularização miocárdica, plastia e troca valvar, aneurisma aórtico, dissecação aórtica e comunicação intra-atrial.

Em relação aos sujeitos, após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ACSCRG (Parecer n.º 008/2008), foram convidadas a participar do estudo as oito enfermeiras envolvidas na assistência prestada na unidade. Seis dispuseram-se a participar e manifestaram sua aceitação, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Como fator facilitador da realização da pesquisa, enfatiza-se que o Serviço de Enfermagem já direciona esforços à organização e planejamento escrito da assistência: o histórico de admissão do paciente pós-operatório de cirurgia cardíaca é elaborado em formulário específico, bem como a evolução de enfermagem é realizada diariamente no prontuário do paciente.

Para a produção dos dados, foram utilizadas as técnicas de pesquisa documental e formação do grupo de convergência. A pesquisa documental foi realizada nos registros de enfermagem nos prontuários referentes aos 20 pacientes submetidos à intervenção cirúrgica, no período de 1º a 30 de abril de 2008. Foram levantados dados relevantes que se constituíram nos referentes ao sexo, idade, tipo de procedimento cirúrgico a que foram submetidos e evolução pós-operatória, bem como manifestações clínicas, apresentadas pelos pacientes pós-cirúrgicos assistidos na UTI-UPO.

O grupo de convergência proporcionou a discussão, construção e legitimação do trabalho, pois é uma técnica que reúne os envolvidos, em um processo que visa à construção participativa de conhecimentos direcionados à prática profissional⁽²¹⁾. O grupo realizou cinco encontros na própria unidade, com duração de cerca de duas horas, no período de 27 de junho a 10 de julho de 2008, nos quais, com base nos dados relevantes coletados na literatura da área e acrescidos da experiência profissional das participantes, estabeleceram-se diagnósticos de enfermagem a pacientes no período pós-operatório de cirurgias cardíacas, inseridos na Taxonomia II da NANDA-I⁽¹³⁾. A análise dos dados deu-se por meio da apresentação dos diagnósticos de enfermagem estabelecidos, bem como suas características definidoras e fatores relacionados/de risco sustentados por assertivas de autores pertinentes à área do estudo e pela experiência das participantes da pesquisa.

RESULTADOS

Dos vinte pacientes, cujos registros de enfermagem

foram consultados, 11 eram homens, e as idades situaram-se entre 43 e 78 anos, sendo um paciente com idade compreendida entre 41 e 50 anos, quatro entre 51 e 60 anos, oito entre 61 e 70 anos e sete entre 71 e 80 anos. Os procedimentos cirúrgicos a que foram submetidos incluíram: revascularização do miocárdio em 16 dos pacientes, sendo duas destas acrescidas de endarterectomia da carótida direita; implante de prótese mitral em dois pacientes, sendo uma destas acrescida de atrioseptoplastia; implante de prótese aórtica metálica em um paciente; plastia da válvula mitral em um paciente; e um paciente foi submetido à mediastinotomia por complicação pós-operatória. No que se refere à evolução pós-operatória desses pacientes, na unidade, um foi a óbito, no 1º dia de pós-operatório. Quanto à situação de alta da UTI-UPO: três pacientes receberam alta no 2º dia de pós-operatório, dez pacientes, no 3º dia, quatro pacientes, no 4º dia e dois pacientes, no 5º dia de pós-operatório.

Os dados relevantes levantados na pesquisa documental permitiram traçar um perfil de necessidades afetadas manifestas em pacientes pós-cirúrgicos cardíacos e o estabelecimento de 15 diagnósticos de enfermagem para pacientes no período pós-operatório de cirurgias cardíacas, segundo a classificação da Taxonomia II da NANDA-I⁽¹³⁾. Do total de diagnósticos estabelecidos, 12 foram classificados como reais, as saber: Troca de Gases Prejudicada; Desobstrução Ineficaz de Vias Aéreas; Comunicação Verbal Prejudicada; Mobilidade no Leito Prejudicada; Integridade da Pele Prejudicada; Hipotermia; Hipertermia; Débito Cardíaco Diminuído; Perfusão Tissular Renal Ineficaz; Dor Aguda; Insônia; Ansiedade, para os quais foram estabelecidas características definidoras e fatores relacionados e os outros três: Risco de Infecção; Risco de Desequilíbrio do Volume de Líquidos; Risco de Glicemia Instável, como diagnósticos de risco e estabelecidos os respectivos fatores de risco⁽¹³⁾.

DISCUSSÃO

Os dados levantados mostraram-se representativos das necessidades afetadas dos pacientes no período pós-operatório de cirurgias cardíacas e da realidade da assistência prestada na UTI-UPO. Possibilitaram, quando aliados à experiência profissional das participantes, o estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem identificados neste estudo, comumente apresentados por esse grupo específico de pacientes que coincidem com os diagnósticos de enfermagem identificados e obtidos por outros autores.

Estudo com pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca de revascularização do miocárdio, que buscou identificar possíveis diagnósticos de enfermagem, segundo a Taxonomia II da NANDA-I, apontou 19 diagnósticos,

dentre eles: Risco para Infecção; Integridade da Pele Prejudicada; Mobilidade Física Prejudicada; Insônia; Ansiedade; Desobstrução Ineficaz das Vias Áreas; Dor Aguda; Troca de Gases Prejudicada e Comunicação Verbal Prejudicada⁽⁴⁾. Em outra pesquisa com pacientes no perioperatório de cirurgias cardíacas, foram identificados 14 diagnósticos para pacientes no período pós-operatório imediato, dentre os quais: Risco para Infecção; Mobilidade Física Prejudicada; Integridade da Pele Prejudicada; Risco de Desequilíbrio do Volume de Líquidos; Comunicação Verbal Prejudicada; Risco para Temperatura Corporal Alterada; Desobstrução Ineficaz de Vias Aéreas; Troca de Gases Prejudicada e Dor⁽³⁾.

O diagnóstico **Troca de Gases Prejudicada** é definido como “excesso ou *deficit* na oxigenação e na eliminação de dióxido de carbono na membrana alveolocapilar”⁽¹³⁾. Neste estudo, identificaram-se como possíveis fatores relacionados à intervenção cirúrgica e o desequilíbrio na ventilação-perfusão. Alteração na frequência, ritmo e profundidade respiratória, dispnéia, taquicardia, alteração na coloração da pele e sonolência foram identificadas, como características definidoras. A ocorrência do diagnóstico Troca de Gases Prejudicada, provavelmente, esteja relacionada ao fato de que, durante o transoperatório, o paciente é induzido ao coma anestésico, a parada cardíaca, a oxigenação e o bombeamento sanguíneo acontecem de forma artificial. Consequentemente, o paciente perde a capacidade vital de respirar espontaneamente, necessitando de ventilação mecânica até o restabelecimento da respiração espontânea, que procede no pós-operatório, dependendo de uma avaliação constante de seu padrão respiratório⁽⁵⁾.

A dependência de uma via aérea artificial implica uma incapacidade do paciente eliminar secreções traqueobrônquicas e necessidade de serem aspiradas, justificando o diagnóstico **Desobstrução Ineficaz de Vias Aéreas**, para o qual os possíveis fatores relacionados incluem a dependência de uma via aérea artificial e a imobilidade no leito. As características definidoras incluem frequência e ritmo respiratórios alterados e ruídos respiratórios adventícios.

Além disso, a entubação endotraqueal impossibilita a comunicação verbal do paciente, estando relacionada ao diagnóstico **Comunicação Verbal Prejudicada**, evidenciado pela incapacidade do paciente expressar-se verbalmente, possível de ser observada em todos os pacientes submetidos a cirurgias cardíacas, pela indução ao coma anestésico no transoperatório e necessidade de via aérea artificial^(3,4).

O diagnóstico **Mobilidade no Leito Prejudicada**, definido como uma “limitação para movimentar-se, de forma independente, de uma posição para outra no leito”⁽¹³⁾, pode estar relacionado à restrição no leito decorrente do procedimento cirúrgico, da presença dos

drenos que restringem a movimentação do corpo e da sensação de dor ao movimentar-se. As características definidoras incluem a restrição imposta dos movimentos, em decorrência do trauma cirúrgico e dos drenos e da capacidade prejudicada de virar-se de um lado para o outro.

Integridade da Pele Prejudicada por alteração na epiderme ou derme⁽¹³⁾ é outro diagnóstico comumente evidenciado em pacientes no pós-operatório de cirurgias cardíacas. A identificação desse diagnóstico de enfermagem em pacientes pós-operatórios de cirurgias cardíacas foi evidenciada na maioria dos pacientes pesquisados, apontando o trauma cirúrgico como fator relacionado⁽⁴⁾. Acrescenta-se, ainda, a solução de continuidade da pele ocasionada pelas punções venosas e arteriais. Apontam-se como características definidoras os procedimentos invasivos presentes no paciente.

O diagnóstico de enfermagem **Hipotermia**, concebido como a temperatura corporal inferior aos parâmetros normais⁽¹³⁾, é usualmente identificado no paciente submetido à cirurgia cardíaca, logo após o término do procedimento, e demanda medidas imediatas de aquecimento. Esse diagnóstico de enfermagem pode decorrer da indução à hipotermia no transoperatório, que visa à diminuição das demandas metabólicas, durante a circulação extracorpórea^(3,5). Está relacionado, ainda, com a exposição à baixa temperatura da sala cirúrgica, à infusão parenteral de líquidos frios, à administração de drogas vasodilatadoras e ao trauma cirúrgico. Pode ser evidenciado por temperatura corporal inferior a 36°C, pele fria e tremores.

A **Hipertermia** é um diagnóstico comum, após a cirurgia cardíaca, podendo estar relacionada ao traumatismo cirúrgico e à presença de dispositivos invasivos que aumentam a predisposição à infecção e ser evidenciada por temperatura corporal superior a 37,5°C, pele quente e sudorese.

A perda sanguínea decorrente do procedimento cirúrgico, assim como a função miocárdica comprometida pela cardiopatia prévia e manipulação cirúrgica estão relacionadas com o diagnóstico **Débito Cardíaco Diminuído**, definido como uma “quantidade insuficiente de sangue bombeado pelo coração para atender às demandas metabólicas corporais”⁽¹³⁾. As características definidoras apontadas para esse diagnóstico incluem: hipotensão; frequência cardíaca alterada; arritmias; pressão venosa central alterada; pressão do átrio esquerdo alterada; perfusão periférica prejudicada; alterações no aspecto e coloração da pele; e oligúria. Tais variações no débito cardíaco podem ser identificadas por monitorização da frequência e ritmos cardíacos, por mensurações da pressão arterial, pressão venosa central e pressão do átrio esquerdo e por observações clínicas⁽⁵⁾.

O Débito Cardíaco Diminuído pode estar

relacionado também a outro diagnóstico, o de **Perfusão Tissular Renal Ineficaz**, pois a função renal está intimamente influenciada pela função cardíaca⁽⁵⁾. Alterações no volume e aspecto da diurese compreendem possíveis características definidoras de tal diagnóstico, traduzido em diminuição na oxigenação, que resulta na nutrição inadequada dos tecidos, no nível capilar⁽¹³⁾.

O diagnóstico **Dor Aguda**, definido como uma “experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão”⁽¹³⁾ é comumente identificado em pacientes no período pós-operatório de cirurgia cardíaca. Um estudo que também elaborou diagnósticos de enfermagem a este tipo de paciente, evidenciou sua presença em 59,1% dos pacientes pesquisados. Esse diagnóstico pode estar relacionado à injúria física decorrente do trauma cirúrgico, da entubação endotraqueal, da irritação causada pelos drenos torácicos, da isquemia miocárdica e da imobilidade no leito imposta pela restrição de movimentos, após a cirurgia. Como característica definidora, a expressão facial de dor, à qual se acrescentam a contratura muscular e o relato verbal de dor. A queixa de dor do paciente deve ser investigada, visto que pode ser de origem traumática ou isquêmica, ocasionada pela constrição das artérias coronárias, que reduzem o fluxo sanguíneo, sendo a abordagem diferenciada nos dois casos⁽⁴⁾.

O diagnóstico **Insônia** é definido, como uma alteração na quantidade e qualidade do sono que altera o funcionamento do organismo. A insônia parece estar relacionada à hospitalização e, conseqüentemente, a uma mudança de ambiente, além da preocupação com o estado de saúde; aos ruídos inerentes ao ambiente; à ansiedade, decorrente do ambiente estranho e dos problemas de saúde; e à dor, ocasionada pelo trauma cirúrgico, pela isquemia miocárdica ou pela imobilidade no leito^(3,4,12). Como características definidoras, citam-se: sonolência do paciente e relato de não ter dormido bem.

A **Ansiedade**, diagnóstico definido como um “vago e incômodo sentimento de desconforto ou temor acompanhado por resposta autonômica”⁽¹³⁾, é um sentimento comumente experimentado por pacientes cirúrgicos. Pode influenciar diretamente na recuperação pós-operatória, tornando relevante a identificação e abordagem dos sentimentos dos pacientes desde o pré-operatório, com orientações e esclarecimentos referentes aos diferentes períodos, que tendem a reduzir sua ansiedade, além de facilitar sua recuperação⁽²²⁾. Assim, no pós-operatório, a assistência de enfermagem necessita ter uma abordagem integral, atendendo às complicações pós-cirúrgicas e oferecendo suporte emocional aos pacientes e familiares.

A Ansiedade pode estar relacionada também à hospitalização, em razão da mudança de ambiente, ao

distanciamento da família e ao estereótipo impresso às unidades de tratamento intensivo⁽⁴⁾; à alteração no estado de saúde; às incertezas referentes à recuperação, após as cirurgias e à possibilidade de manutenção das atividades cotidianas; ao pós-operatório; à impossibilidade de expressar-se verbalmente, relacionada à utilização do tubo endotraqueal, especialmente, no momento em que o efeito anestésico começa a passar, e o paciente acorda sem saber se a cirurgia acabou e onde está; e à dependência para a realização de atividades da vida diária.

Entre os diagnósticos de risco, estabeleceu-se o **Risco de Infecção**, conceituado, como um aumento da suscetibilidade à invasão patógena⁽¹³⁾. Comumente, é identificado em pacientes no pós-operatório de cirurgias cardíacas, pela relação de causalidade com o traumatismo cirúrgico e os procedimentos invasivos, inerentes a tal intervenção. Estudos relatam a incidência desse diagnóstico em 100% dos pacientes pós-cirúrgicos cardíacos pesquisados⁽³⁻⁴⁾.

O diagnóstico **Risco de Desequilíbrio do Volume de Líquidos**, definido como um “risco de diminuição, aumento ou rápida mudança de uma localização para outra do líquido intravascular, intersticial e/ou intercelular”, em outras palavras “refere-se à perda, ao ganho ou a ambos dos líquidos corporais”⁽¹³⁾. Estudo que evidenciou esse diagnóstico em todos os pacientes pós-cirúrgicos investigados⁽³⁾ permite inferir que pode ser estabelecido para a totalidade dos pacientes submetidos a cirurgias cardíacas e pode estar relacionado às alterações no volume de líquidos, decorrentes da intervenção cirúrgica, infusões e/ou perdas por cateteres e drenos.

O diagnóstico **Risco de Glicemia Instável** é entendido como risco de variação na glicemia sérica⁽¹³⁾. Na recuperação pós-operatória, as alterações na glicemia sanguínea são comuns, sobretudo as elevações, e decorrem, além da doença crônica, das alterações metabólicas ocasionadas pelo trauma cirúrgico, sendo seus principais fatores de risco.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Identificar diagnósticos de enfermagem comuns em pacientes no pós-operatório de cirurgias cardíacas permite um direcionamento da assistência de enfermagem, por possibilitar reconhecimento prévio das necessidades manifestadas por esses pacientes e fornecer subsídios para estabelecimento de intervenções de enfermagem fundamentadas e adequadas às necessidades individuais. A metodologia convergente-assistencial mostrou-se pertinente e adequada para um trabalho que buscou, com base na prática profissional, desenvolver coletivamente a cientificidade do fazer da enfermagem.

As informações compiladas na pesquisa documental aos registros de enfermagem permitiram o estabelecimento

de diagnósticos de enfermagem condizentes com o perfil de pacientes pós-operatórios cirúrgicos cardíacos. A formação do grupo de convergência demonstrou a receptividade das enfermeiras da unidade para refletir e discutir sua prática e o interesse em promover melhorias em seu fazer, além da singularidade impressa à experiência de construir coletivamente mudanças na enfermagem, atrelando-o ao pensar.

Perceber que os dados coletados retrataram uma experiência profissional específica e relevante, que envolve cuidar de pacientes submetidos a cirurgias cardíacas,

promovendo comprovação científica do que já foi evidenciado empiricamente, assim como estabelecer diagnósticos que refletiam o raciocínio e julgamento clínicos realizados, diariamente, demonstrou a relevância das decisões tomadas. Este trabalho pode ser traduzido em uma produção coletiva, fruto da experiência das enfermeiras participantes e reflexão sustentada cientificamente da prática assistencial. Assim, reflete atividades que já vêm sendo realizadas e que acabam, na maior parte das vezes, passando despercebidas, pois carecem de uma forma sistematizada e explícita de realização e registro.

REFERÊNCIAS

1. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. RADIS: comunicação em saúde, Rio de Janeiro/RJ, n.76, dezembro, 2008. 35p.
2. Galdeano LE, Rossi LA, Nobre LF, Ignácio DS. Diagnósticos de enfermagem de pacientes no período transoperatório de cirurgia cardíaca. *Rev Latinoam Enferm*. 2003;11(2):199-206.
3. Galdeano LE, Rossi LA, Santos CB, Dantas RAS. Diagnósticos de enfermagem no perioperatório de cirurgia cardíaca. *Rev Esc Enferm USP*. 2006; 40(1):26-33.
4. Rocha LA, Maia TF, Silva LF. Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. *Rev Bras Enferm*. 2006;59(3):321-6.
5. Smeltzer SC, Bare BG, organizadoras. *Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 10a. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
6. Volpato MP, Cruz DALM. Diagnósticos de enfermagem de pacientes internadas em unidade médico-cirúrgica. *Acta Paul Enferm*. 2007;20(2):119-24.
7. Fontes CMB, Cruz DALM. Diagnósticos de enfermagem documentados para pacientes de clínica médica. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(3):395-402.
8. Sakano LM, Yoshitome AY. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em idosos hospitalizados. *Acta Paul Enferm*. 2007;20(4):495-8.
9. Cafer CR, Barros ALBL, Lucena AF, Mahl MLS, Michel JLM. Diagnósticos de enfermagem e proposta de intervenções para pacientes com lesão medular. *Acta Paul Enferm*. 2005;18(4):347-53.
10. Lima LR, Pereira SVM, Chianca TCM. Diagnósticos de Enfermagem em pacientes pós-cateterismo cardíaco: contribuição de Orem. *Rev Bras Enferm*. 2006;59(3):285-90.
11. Dalri CC, Rossi LA, Dalri MCB. Diagnósticos de enfermagem de pacientes em período pós-operatório imediato de colecistectomia laparoscópica. *Rev Latinoam Enferm*. 2006;14(3):389-96.
12. Galdeano LE, Rossi LA, Pezzuto TM. Diagnósticos de enfermagem de pacientes no período pré-operatório de cirurgia cardíaca. *Rev Esc Enferm USP*. 2004;38(3):307-16.
13. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2007-2008. Porto Alegre: Artmed; 2008.
14. Garcia TR, Nóbrega MML, Carvalho EC. Nursing process: application to the professional practice. *Online Braz J Nurs* (Online). 2004;3(2). Disponível em: www.uff.br/nepae/objn302garciaetal.htm.
15. Cruz DALM. A inserção do diagnóstico de enfermagem no processo assistencial. In: Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, Anabuki MH. *Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências*. 3a. ed. São Paulo: Ícone; 2001. p. 63-84.
16. Rossi LA, Casagrande LDR. Processo de enfermagem: a ideologia da rotina e a utopia do cuidado individualizado. In: Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, Anabuki MH. *Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências*. 3a. ed. São Paulo: Ícone; 2001. p. 41-62.
17. Garcia TR, Nóbrega MML. Sistematização da assistência de enfermagem: reflexões sobre o processo. In: 52º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2000 Out 21-26; Recife. *Crescendo na Diversidade*. Recife: ABEn Seção – PE; 2002. p. 231-43.
18. Garcia TR, Nóbrega MML. Processo de enfermagem e os sistemas de classificação dos elementos da prática profissional: instrumentos metodológicos e tecnológicos do cuidar. In: Santos I, Figueiredo NMA, Padilha MICS, Cupello AJ, Souza SROS, Machado WCA, organizadoras. *Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar: realidade, questões, soluções*. São Paulo: Atheneu; 2004. p. 37-63. (Série Atualização em enfermagem, 2).
19. Trentini M, Paim L. *Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente assistencial*. Florianópolis: UFSC; 1999.
20. Trentini M, Beltrame V. A pesquisa convergente-assistencial (PCA) levada ao real campo de ação da enfermagem. *Cogitare Enferm*. 2006;11(2):56-60.
21. Trentini M, Gonçalves LHT. Pequenos grupos de convergência: um método de desenvolvimento de tecnologia na enfermagem. *Texto & Contexto Enferm*. 2000;9(1):63-79.
22. Vargas TVP, Maia EM, Dantas RAS. Patient feelings during the preoperative period for cardiac surgery. *Rev Latinoam Enferm*. 2006;14(3):383-8.