



## PLANO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO MEDIATO DE CIRURGIA CARDÍACA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.

Fernando Hiago da Silva Duarte<sup>4</sup>; Belarmino Santos de Sousa Júnior<sup>2</sup>; Ana Elza Oliveira de Mendonça<sup>3</sup>

<sup>1</sup> *Enfermeiro. Pós graduado em Unidade de Terapia Intensiva (FAMEC). Mestrando em enfermagem pelo Programa de Pós Graduação em enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (PGENF/UFRN). Natal/RN, Brasil. E-mail: fernandohiago@hotmail.com*

<sup>2</sup> *Enfermeiro. Pós graduado em Unidade de Terapia Intensiva (FAMEC). Mestrando em enfermagem pelo Programa de Pós Graduação em enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (PGENF/UFRN). Natal/RN, Brasil. E-mail: sousajunyor@gmail.com*

<sup>3</sup> *Professor Orientador. Enfermeiro. Especialista em Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva (FELM/RJ). Mestre em enfermagem/UFRN; Doutora em Ciências da Saúde/UFRN. E-mail: anaelfaufrn@gmail.com*

### Resumo

**Introdução:** O elevado número de indivíduos com doenças cardiovasculares na população brasileira constitui um sério problema de saúde pública, sendo agravado pelas diferenças sociais, econômicas, culturais e étnicas próprias do país, atingindo a margem de 65% do total de mortes na faixa etária de 30 a 69 nos de idade. Torna imprescindível a urgência por métodos diagnósticos, terapêuticos e preventivos que sejam capazes de minimizar e interromper a progressão de agravos à saúde. O procedimento cirúrgico é indicado quando o tratamento clínico não é suficiente ou não supre as expectativas de proporcionar cura e melhorar a qualidade de vida do paciente. Dessa forma, a assistência de enfermagem ao indivíduo submetido à cirurgia cardíaca deve compreender todo período perioperatório. Os pacientes expostos a esta situação, principalmente no período pós-operatório de cirurgia cardíaca, cujas condições de saúde podem variar de minuto a minuto, o cuidado e a assistência peculiar de enfermagem necessitam de intervenções constantes fundamentadas em um método que privilegia a tomada de decisão, sendo estas de forma sistematizadas com objetivo de restabelecer e promover a recuperação do cliente, prevenindo de complicações pós-operatórias. **Objetivos:** Levantar os diagnósticos de enfermagem, segundo a taxonomia II da NANDA; identificar as intervenções de enfermagem, segundo a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC); levantar os resultados esperados segundo Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC). **Métodos:** Estudo de abordagem qualitativa, tipo relato de experiência. Recebeu parecer favorável, CAAE: 07380912.3.0000.5537. **Resultados:** O estudo foi levantado a partir da avaliação de um paciente que se encontrava em pós-operatório mediato de cirurgia cardíaca internado na UTI de um hospital universitário. Foram encontrados oito diagnósticos de enfermagem e a partir destes, traçados as intervenções segundo o NIC e os resultados esperados segundo o NOC. **Discussão:** O perfil diagnóstico do paciente, elaborado com base em suas necessidades, oferece uma fundamentação para determinação das intervenções de enfermagem. **Conclusão:** A identificação dos diagnósticos de enfermagem tem o propósito de auxiliar no planejamento dos cuidados de enfermagem fundamentados e adequados às necessidades de cada paciente, resultando em ações eficazes para a resolução dos problemas.

**Descritores:** Enfermagem, Cirurgia torácica, Cuidados de enfermagem.



## Introdução

As doenças cardiovasculares têm sido consideradas um grande problema de saúde pública, na Europa e América do Norte, desde o começo do século. As cardiopatias aparecem em primeiro lugar entre as causas de morte e representam um terço dos óbitos mundiais. Até o ano de 2008, ocorreram mais de 3000 mil óbitos por doença envolvendo o aparelho circulatório, representando 31,8% das mortes (PAULA, 2013).

O elevado número de indivíduos com doenças cardiovasculares na população brasileira constitui um sério problema de saúde pública, sendo agravado pelas diferenças sociais, econômicas, culturais e étnicas próprias do país, atingindo a margem de 65% do total de mortes na faixa etária de 30 a 69 nos de idade. Torna imprescindível a urgência por métodos diagnósticos, terapêuticos e preventivos que sejam capazes de minimizar e interromper a progressão de agravos à saúde (SILVA, 2013).

A cirurgia cardíaca é um procedimento cirúrgico é indicado quando o tratamento clínico não é suficiente ou não supre as expectativas de proporcionar cura e melhorar a qualidade de vida do paciente. Dessa forma, a assistência de enfermagem ao indivíduo submetido à cirurgia cardíaca deve compreender todo período perioperatório (LIRA, 2013).

Os pacientes expostos a esta situação, principalmente no período pós-operatório de cirurgia cardíaca, cujas condições de saúde podem variar de minuto a minuto, o cuidado e a assistência peculiar de enfermagem necessitam de intervenções constantes fundamentadas em um método que privilegia a tomada de decisão, sendo estas de forma sistematizadas com objetivo de restabelecer e promover a recuperação do cliente, prevenindo de complicações pós-operatórias (GOMES, 2012).

Com base no exposto e o crescente índice de indivíduos submetidos à cirurgia cardíaca, torna-se fundamental o conhecimento direcionado aos cuidados de enfermagem para estes pacientes devido à instabilidade hemodinâmica e a complexidade do cliente, a fim de restaurar as funções fisiológicas e emocionais, além disso, cabe aos enfermeiros desenvolverem atividades de modo competente, com habilidades para tomarem decisões seguras fundamentadas em evidências científicas. Com isso surgiu à necessidade em organizar a assistência de enfermagem com base no processo de enfermagem com intuito de qualificar a assistência (ALMEIDA, 2012).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), sendo este um método sistemático que auxilia na realização da prática do enfermeiro com objetivo de identificar as necessidades e aplicar as medidas terapêuticas



adequadas, além disso, dinamiza a troca de informações entre os profissionais, valoriza o planejamento da assistência e dos cuidados. Processo de Enfermagem (PE) é constituído de etapas sendo estas: histórico de enfermagem, obtido através de anamnese e exame físico; diagnóstico de enfermagem; prescrição de enfermagem; e evolução de enfermagem (PIVOTO, 2010).

Os diagnósticos de enfermagem foram definidos na 9ª conferência da NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) como “um julgamento clínico das respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos processos vitais, aos problemas de saúde atuais ou potenciais, os quais fornecem a base para a seleção das intervenções de enfermagem, para atingir resultados pelos quais a enfermagem é responsável” (SMELTZER, 2013).

Citam-se, também, a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), constituída por uma linguagem padronizada que descreve os tratamentos realizados pelos enfermeiros, e a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC), baseada em uma linguagem padronizada dos resultados de enfermagem decorrentes das intervenções (ALMEIDA, 2013).

Através da identificação dos diagnósticos de enfermagem, segundo a taxonomia II da NANDA, mediante o uso da classificação das intervenções de enfermagem e a classificação dos resultados de enfermagem é possível direcionar o tratamento e, assim atender melhor às necessidades dos pacientes, contribuindo para a construção do conhecimento e engrandecimento da enfermagem.

A enfermagem perioperatória aborda os papéis de enfermagem relevantes para três fases da experiência cirúrgica: pré-operatória, transoperatória e pós-operatória. Cada fase começa e termina em determinado ponto na sequência de eventos que constitui a experiência cirúrgica, e cada uma delas inclui uma ampla gama de atividades que a equipe de enfermagem realiza usando o processo de enfermagem e com base nos padrões da prática (SMELTZER, 2013).

O pós-operatório tem início logo após o término do processo cirúrgico e vai até a alta do paciente, este é o período mais crítico da recuperação do paciente, por isso, vários cuidados de enfermagem são dispensados a este. Esse período compreende duas fases: o pós-operatório imediato e o pós-operatório mediato (LIRA, 2013).

A assistência de enfermagem à pacientes no período pós-operatório deve ter como objetivo garantir uma recuperação segura, prevenindo, detectando e atendendo às complicações que possam advir do ato anestésico cirúrgico e de outros procedimentos de alto



risco. Embora o alcance desse objetivo esteja relacionado às situações que envolvem o paciente no período transoperatório como um todo, cabe ao centro de recuperação no pós-operatório reunir recursos suficientes que assegurem a qualidade da assistência de enfermagem no período pós-operatório mediato (PAULA, 2013).

### **Objetivo**

Levantar os diagnósticos de enfermagem, segundo a taxonomia II da NANDA. Identificar as intervenções de enfermagem, segundo o NIC, a partir dos diagnósticos encontrados. Levantar os resultados esperados segundo o NOC, com base nas intervenções planejadas.

### **Metodologia**

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, tipo relato de experiência envolvendo usuários do Sistema Único de Saúde submetida à cirurgia cardíaca.

O estudo foi realizado na UTI cardiológica do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), centro de referência em alta complexidade para doenças cardiovasculares para o município de Natal, Rio Grande do Norte. O HUOL, exclusivamente pacientes do SUS, em mais de 30 especialidades, incluindo nelas as cirurgias cardiovasculares. O complexo Hospitalar e de Saúde, tem como finalidade promover a assistência à saúde, o ensino, a pesquisa e a extensão no âmbito das ciências da saúde.

A pesquisa foi realizada com um único pacientes no pós-operatório mediato de cirurgia cardíaca, compreendido como o período após as primeiras 24 horas do término da cirurgia. A coleta de dados foi realizada através de um roteiro de entrevista seguido pelo roteiro de exame físico, a fim de levantar as respostas humanas e os fatores relacionados apresentados pelos pacientes em pós-operatório mediato de cirurgias cardíacas que se configurou o foco do trabalho de enfermagem.

A coleta de dados se deu através de uma entrevista estruturada e um roteiro de exame físico, o check list de enfermagem, citado por Posso 2009, Essa coleta de dados tem como a finalidade identificar diagnósticos específicos dos pacientes submetidos ao processo de cirurgia cardíaca que se encontram no pós-operatório mediato.



Após a coleta de dados procedeu-se a identificação dos diagnósticos de enfermagem, composto pelos dados relevantes, agrupamento desses dados, nomeação da resposta humana e identificação do fator relacionado e da característica definidora. Em seguida foram levantados as intervenções de enfermagem, a partir do NIC e os resultados de enfermagem baseado no NOC que estavam relacionados aos diagnósticos de enfermagem.

O presente trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (CEP-UFRN), de acordo com as disposições da Resolução 466/12, definidoras das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, recebendo parecer favorável, CAAE: 07380912.3.0000.5537.

### **Resultados e Discussão**

O estudo foi levantado a partir da avaliação de um paciente que se encontrava em pós-operatório mediato de cirurgia cardíaca internado na UTI do hospital referido.

*“T. N. S. L., sexo feminino, 64 anos, natural e procedente de Francisco Dantas, interior do estado, casada, católica, segundo grau completo e aposentada. Submetida a cirurgia de colocação de stent mais inserção de marca-passo”.*

Hipertensa, obesa, nega diabetes e processos alérgicos. Possui antecedentes cirúrgicos, nega etilismo e abstinência ao tabagismo há 20 anos. Apetite preservado, a pesar da doença, relata ingerir pouca quantidade de líquido, cerca de 500 ml por dia.

Informou déficit no padrão de sono e repouso, dormindo apenas 2 horas por dia, com interrupções, e dificuldade de iniciar o sono. Sendo ainda restrita ao leito, devido ao processo cirúrgico e complicações no pós-operatório, a paciente possui limitações para realizar atividades da vida diária.

Ao exame físico, apresentou-se com hipotensão sistólica (112x50mmHg), normotensa (79 bat/min), taquipnéica (26 mvp), peso corporal de 94 Kg. Encontrava-se consciente, orientada, hipocorada, anasarcada, presença de pulsos palpáveis. Sem déficit visual, acuidade auditiva preservada, falhas na arcada dentaria, ausência de linfonodos infartados. Na ausculta pulmonar, expansão torácica normal, presença de frêmito tóraco-vocal e murmúrios vesiculares e ausência de ruídos adventícios. Ausculta cardíaca com ritmo normal, batimentos normofonéticos em dois tempos. Abdome globoso, resistente à palpação, indolor, com ruídos



hidroaéreos hiperativos. Membros inferiores e superiores com presença de edemas (3+/4+).

O quadro abaixo expressa os diagnósticos de enfermagem identificados:

Quadro 1. Distribuição dos diagnósticos de enfermagem identificado no participante do estudo, segundo NANDA, 2012 - 2014.

---

### **Diagnósticos de enfermagem**

**Risco de infecção**

**Risco de constipação**

**Risco de quedas**

**Integridade da pele prejudicada**

**Disposição para controle aumentado do regime terapêutico**

**Risco de desequilíbrio eletrolítico**

**Risco de desequilíbrio na temperatura corporal**

**Mobilidade no leito prejudicada**

### **Intervenções e Resultados Sugeridos**

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

#### **Risco de infecção**

Intervenções: lavar as mãos antes e após atividade de cuidados ao paciente; usar luvas conforme exigência das precauções padronizadas; usar luvas esterilizadas, quando adequado; assegurar o manuseio asséptico de todas as linhas endovenosas; assegurar o emprego de técnicas adequadas no cuidado de feridas (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008).

Resultados esperados: Formação de cicatriz; desenvolver estratégias eficazes para controle de riscos (MOORHEAD et al, 2010).

#### **Risco de constipação**



Intervenções: Auxiliar o paciente a usar calçados que facilitem o andar e previnam lesões; consultar um fisioterapeuta sobre os planos de deambulação, se necessário; encorajar o aumento da ingestão de líquidos, a menos que contraindicado; monitorar as eliminações intestinais, incluindo frequência, consistência, formato, volume e cor, conforme apropriado; monitorar ruídos hidroaéreos; avaliar a ingestão em relação ao conteúdo nutricional registrado (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008).

Resultados esperados: Ingestão de alimentos coerente com a dieta prescrita (MOORHEAD et al, 2010).

### **Risco de Quedas**

Intervenções: Usar laterais da cama com comprimento e altura adequados para prevenir quedas, conforme necessário; orientar o paciente a chamar auxílio para movimentar-se, quando adequado; providenciar mecanismos de adaptação para aumentar a segurança do ambiente; monitorar o ambiente em busca de mudanças nas condições de segurança (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008).

Resultados esperados: Tolerância à deambulação (MOORHEAD et al, 2010).

### **Integridade da pele prejudicada**

Intervenções: Examinar a condição da incisão cirúrgica, quando adequado; examinar vermelhidão, calor exagerado ou drenagem na pele e nas mucosas; monitorar áreas de vermelhidão e ruptura da pele; monitorar ressecamento e umidade excessivo da pele; monitorar a cor da pele; monitorar a temperatura da pele (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008).

Resultados esperados: Formação de cicatriz; Inflamação no ferimento; Edema ao redor do ferimento (MOORHEAD et al, 2010).

### **Disposição para controle aumentado do regime terapêutico**

Intervenções: Aumentar a orientação do paciente para a realidade, quando adequado; encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e preocupações; oferecer tempo para que o paciente faça perguntas e discuta preocupações; promover a aceitação do paciente à situação, quando adequado (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008).

Resultados esperados: Busca de informações de confiança sobre o diagnóstico; Discute o regime de tratamento prescrito com profissional de



saúde; Realiza o regime de tratamento de acordo com a prescrição (MOORHEAD et al, 2010).

### **Risco de desequilíbrio eletrolítico**

Intervenções: Identificar possíveis causas dos desequilíbrios eletrolíticos; monitorar náuseas, vômitos e diarreia; identificar tratamentos capazes de alterar o estado eletrolítico, como drenagem gastrointestinal, diuréticos, anti-hipertensivos e bloqueadores do canal de cálcio; administrar eletrólitos suplementares prescritos, se apropriado; oferecer uma dieta apropriada ao paciente com desequilíbrio eletrolítico (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008).

Resultados esperados: Equilíbrio eletrolítico e ácido básico (MOORHEAD et al, 2010).

### **Risco de desequilíbrio na temperatura corporal**

Intervenções: Monitorar a temperatura tão frequentemente quanto apropriado; monitorar a perda insensível de líquidos; monitorar a cor e a temperatura da pele; administrar medicamentos antipiréticos, se apropriado; monitorar a ingestão e a eliminação (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008).

Resultados esperados: Reconhecimento de fatores ambientais que aumentam a temperatura do corpo; reconhecimento de condições de saúde reduzem a produção de calor (MOORHEAD et al, 2010).

A assistência de enfermagem à pacientes no período pós-operatório deve ter como objetivo garantir uma recuperação segura, prevenindo, detectando e atendendo às complicações que possam advir do ato anestésico e cirúrgico. Embora o alcance desse objetivo esteja relacionado às situações que envolvem o paciente no período perioperatório como um todo, cabe à enfermagem reunir recursos suficientes que assegurem a qualidade da assistência no período pós-operatório mediato. Além disso, deve-se observar os parâmetros neurológicos, cardiológicos, respiratórios, sinais vitais, exames laboratoriais, gasometria arterial, entre outros, com intuito de proporcionar um cuidado meticuloso, evitando complicações e intervir em possíveis intercorrências (ALMEIDA, 2013).

O perfil diagnóstico do paciente, elaborado com base em suas necessidades, oferece uma fundamentação para determinação das intervenções de enfermagem facilitando a implementação do planejamento da assistência de enfermagem, sendo necessário o desenvolvimento de um raciocínio clínico dentre as situações que surgirem, devido à complexidade (ALMEIDA, 2013).



No estudo foram encontrados oito diagnósticos de enfermagem. Apesar de poucos estudos sobre o pós-operatório mediato de cirurgia cardíaca percebe-se que alguns diagnósticos ainda persistem do pós-operatório imediato como o risco para infecção, integridade da pele prejudicada, risco de desequilíbrio eletrolítico e risco de desequilíbrio na temperatura corporal (SMELTZER, 2009).

Define-se risco para infecção como o aumento de ser invadido por organismos patogênicos (NANDA, 2012). Este diagnóstico é comumente identificado em pacientes que se submeteram a algum tipo de cirurgia cardíaca devido a relação com os procedimentos invasivos, como o cateterismo vesical, o acesso central, os drenos de tórax e mediastino, o acesso para a pressão arterial média, além da destruição de tecidos e das defesas primárias inadequadas, devido a incisão cirurgia (PEREIRA, 2011).

Além dos procedimentos invasivos e das defesas primárias insuficiente, provocado pelo trauma cirúrgico, existem outros fatores, que contribuem para a incidência de infecção como o próprio ambiente hospitalar e o prolongado período de internação, favorecendo o surgimento de patógenos, as condições clínicas pré-operatórias do paciente tais como idade, estado nutricional ou doenças crônicas, as condições técnicas em que a cirurgia foi realizada e a permanência hospitalar pré-operatória, ou seja, quanto maior o período, maior a chance de infecção cirúrgica, pela substituição da flora do paciente pela flora hospitalar, além disso, existem fatores relacionados à circulação extracorpórea (SILVA, 2013).

A infecção de ferida cirúrgica é uma complicação séria que interfere no processo de cicatrização e pode aumentar o desconforto do paciente. As primeiras 24 a 48 horas depois da cirurgia são críticas, porque o processo de inflamação se inicia para destruir bactérias que possam ter sido depositadas enquanto a ferida estava aberta (FLORES, 2013).

O diagnóstico de enfermagem Risco de constipação é definido como o risco de diminuição na frequência normal de evacuação, acompanhada de eliminação de fezes difícil ou incompleta e/ou eliminação de fezes excessivamente endurecidas e ressecadas (NANDA, 2012) Esse diagnóstico tinha como fatores de risco a atividade física insuficiente, hábitos alimentares deficientes e motilidade diminuída de todo trato gastrointestinal, aparecendo em pesquisas semelhantes desenvolvidas com grande amostra de pacientes que se submeteram a ao processo de cirurgia cardíaca em uma frequência praticamente unânime dos pacientes (FLORES, 2013)

Por integridade da pele prejudicada entende-se epiderme e/ou derme alterada (NANDA, 2012) Pode-se observar que o diagnóstico



esteve presente em praticamente todos os pacientes submetidos a este tipo de cirurgia, por permanece restrito ao leito por um longo período, podendo assim, adquirir uma lesão devido o posicionamento. É sabido que os agentes anestésicos interferem na vasodilatação e constrição normal, reduzindo, portanto, a perfusão para as proeminências ósseas e para as regiões sob pressão, favorecendo assim, ao aparecimento das lesões (ALMEIDA, 2013).

O risco de quedas compreende suscetibilidade aumentada para quedas que podem causar danos físicos (NANDA, 2012). Esse diagnóstico foi traçado visto as grandes complicações que podem causar ao paciente caso ocorra tal acidente, o mesmo teve como fatores de risco quarto não familiar e as condições pós-operatória (FLORES, 2013).

O diagnóstico Disposição para controle aumentado do regime terapêutico é definida como padrão de regulação e integração à vida diária de um programa de tratamento de doenças e suas sequelas que é suficiente para alcançar os objetivos relacionados à saúde e que pode ser reforçado (NANDA, 2012). É um diagnóstico pouco comum nas literaturas existentes sobre o assunto, porém é um diagnóstico marcante, que expressa o interesse do paciente em contribuir no seu regime de tratamento. As características definidoras do diagnóstico foram: expressa desejo de controlar a doença (p. ex., tratamento, prevenção de sequelas) e expressa pouca dificuldade com o regime de tratamento prescrito (NANDA, 2012).

Entende-se por Risco de desequilíbrio hidroeletrólítico o risco de mudança nos níveis eletrólíticos séricos capazes de comprometer a saúde. As alterações hidroeletrólíticas podem ocorrer devido ao sangramento, às perdas insensíveis, a distúrbios renais e a hemodiluição utilizada na CEC (NANDA, 2012).

Estudos apontam que o desequilíbrio hidroeletrólítico pode acontecer depois da cirurgia cardíaca (SMELTZER, 2013). A hipovolemia caracteriza-se por uma diminuição do volume intravascular e pode ser resultado de uma reposição inadequada de volume ou do sequestro de líquido para o espaço intersticial. As alterações eletrólíticas podem ocorrer em decorrência da hemodiluição utilizada na CEC, sendo as alterações mais importantes, as ocorridas com o potássio, cálcio e magnésio, responsáveis entre outras, pela transmissão e condução de impulsos nervosos e pela contração do músculo cardíaco (SILVA, 2013), Os níveis glicêmicos elevados são comuns no pós operatório (SMELTZER, 2013).

O Risco de desequilíbrio na temperatura corporal é definido como risco de não conseguir manter a temperatura corporal dentro dos parâmetros normais (NANDA, 2012). Esse diagnóstico tem como fatores de riscos a



inatividade, extremos de peso e medicações que causam vasodilatação. Considerando as peculiaridades da cirurgia cardíaca (resfriamento no início da CEC e reaquecimento ao final e prolongado tempo cirúrgico) e os fatores intrínsecos do paciente (obesidade e idade). Além desses, depois da cirurgia cardíaca, o paciente está em risco para desenvolver a temperatura corporal elevada causada pela infecção (NANDA, 2012)

É fato que com implementação do processo de enfermagem, verificou-se uma melhoria crescente na saúde do paciente após aplicação das intervenções de enfermagem. Mesmo sendo um estudo aplicado a pacientes submetidos à hemodiálise, podemos perceber que, a implementação do processo de enfermagem traz resultados favoráveis à saúde e a qualidade de vida dos pacientes (PAGANINA, 2013).

### Conclusões

A identificação dos diagnósticos de enfermagem nesse período tem o propósito de auxiliar no planejamento dos cuidados de enfermagem fundamentados e adequados as necessidades de cada paciente, resultando em ações eficazes para a resolução dos problemas. Visto a escassez de trabalhos sobre o período, é fundamental o desenvolvimento de novos estudos que proporcione uma análise mais profunda sobre os diagnósticos de enfermagem para esses pacientes.

### REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C. E; ENOKIBARA, M. P; RIBEIRO, D. A; SAMPAIO, C. P. P. O cuidado de enfermagem associado à prescrição de enfermagem numa unidade de cirurgia cardíaca. **Rev. pesqui. cuid. fundam.** v.4 n. 3. 2012. Disponível em: <[http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1774/pdf\\_586](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1774/pdf_586)> Acesso em: 20 març 2017
- DOCHTERMAN, J. M; BULECHEK, G. M. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. 4.ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
- FLORES, P. V. P; SOBRINHO, N. P; VERNAGLINA, T. V. C. Atuação da enfermeira na dor de cliente cardiológico: um estudo frente o reconhecimento das intervenções de enfermagem. **Rev. pesqui. cuid. fundam.** v. 5 n. 4. 2013. Disponível em: <[http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2415/pdf\\_966](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2415/pdf_966)>
- GOMES, E. T; MELO, R. L. A. S; VASCONCELOS, E. M. R; ALENCAR, E. M. Uso de diagnósticos de enfermagem ansiedade e medo nas clínicas médica e cirúrgica de um hospital universitário. **Rev. pesqui. cuid. fundam.** v.4 n. 2. 2012 Disponível em: <<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3972015>> Acesso em: 22 fev 2017
- LIRA, A. B. C; ARAÚJO, W. M; SOUZA, N. T. C; FRAZÃO, C. M. F. Q; MEDEIROS, A. B. A. Mapeamento dos cuidados de enfermagem para



pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Rev. RENE.** v. 12 n.5. 2012. Disponível em: <[http://www.repositorio.ufc.br/ri/bitstream/riufc/4587/1/2012\\_art\\_albclira.pdf](http://www.repositorio.ufc.br/ri/bitstream/riufc/4587/1/2012_art_albclira.pdf)> Acesso em: 22 jan 2017

MOORHEAD S, JOHNSON, M; MAAS, M. L; SWANSON, E. **Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC).** Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA). **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificações 2012-2014.** Porto Alegre: Artmed, 2012.

PAGANINA, A; MENEGAT, P; KLAFKEC, T; LAZZAROTTOD, A; FACHINELLIE T. S; CHAVES, I. C; SOUZA, E, N. Implementação do diagnóstico de enfermagem em unidade de terapia intensiva: uma análise periódica. **Rev. gaúch. Enferm.** v. 31 n.2. 2010. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n2/15.pdf>> Acesso em: 22 fev 2017

PAULA, E.A.; PAULA, R. B.; COSTA, D. M. N.; COLUGNATI F. A. B.; PAIVA E. P. Avaliação do risco cardiovascular em hipertensos. **Rev. latinoam. enferm.** v.21 n. 2, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/pt\\_0104-1169-rlae-21-03-0820.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/pt_0104-1169-rlae-21-03-0820.pdf)> Acesso em: 22 jan 2017

PEREIRA, J. M. V; CAVALCANTE, A. C. D; SANTANA, R. F; CASSIANO, K. M; QUELUCI, G. C; GUIMARÃES, T. C. S. Diagnósticos de enfermagem de pacientes hospitalizados com doenças cardiovasculares. **Esc. Anna Nery Ver. Enferm.** v.15 n.4. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n4/a12v15n4.pdf>> Acesso em 10 fev, 2017

PIVOTO, F. L; FILHO, W. D. L; SANTOS, S. S. C; ALMEIDA, M. A; SILVEIRA, R. S. Diagnósticos de enfermagem em pacientes no período pós-operatório de cirurgias cardíacas. **Acta Paul. enferm** v. 23 n.5. 2010 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n5/13.pdf>> Acesso em: 12 fev 2017

SILVA, R. C. L; KACZMARKIEWICZ, C. C; CUNHA, J. J. S. A; MEIRA, I. C; FIGUEIREDO, N. M. A; PORTO, I. S. O significado da tecnologia na assistência de enfermagem em pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca. **Rev. SOCERJ.** . v.22 n. 4, 2013. Disponível em: <[http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2009\\_04/a2009\\_v22\\_n04\\_02rcarlos.pdf](http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2009_04/a2009_v22_n04_02rcarlos.pdf)> Acesso em: 22 jan 2017

SMELTZER, S. C; BARE, B. G.;HINKLE JL, CHEEVER KH. **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica.** 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009. p. 726-71.