

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM CARDIOVASCULAR

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO DE
CIRURGIA CARDÍACA

AMANDA APARECIDA ANDRADE BARBOSA DOS SANTOS

Belo Horizonte

2012

AMANDA APARECIDA ANDRADE BARBOSA DOS SANTOS

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO DE
CIRURGIA CARDÍACA**

Curso de Pós-Graduação Lato Senso em Assistência de Enfermagem ao paciente Cardiovascular. Monografia apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais, como parte das exigências do curso, para obtenção do título de Especialista em Enfermagem Cardiovascular.

Professora: Dr^o Salete Maria de Fátima Silqueira.

Belo Horizonte

2012

Santos, Amanda Aparecida Andrade Barbosa dos.
S237d Diagnósticos de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca
[manuscrito]. / Amanda Aparecida Andrade Barbosa dos Santos. –
Belo Horizonte: 2012.
00f. : il.

Orientadora: Salete Maria de Fátima Silqueira.
Monografia apresentada ao Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Assistência de
Enfermagem ao paciente Cardiovascular da Universidade Federal de Minas Gerais, como
parte das exigências do curso, para obtenção do título de Especialista em Enfermagem
Cardiovascular..

1. Cirurgia Torácica. 2. Cuidados de Enfermagem. 3. Dissertações Acadêmicas. I.
Silqueira, Salete Maria de Fátima. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de
Enfermagem. III. Título

NLM: WF 980

RESUMO

As doenças cardiovasculares (DCV), responsáveis pela maior taxa de morbidade e mortalidade na maioria dos países. A cirurgia cardíaca é realizada quando a probabilidade de uma vida útil é maior com o tratamento cirúrgico do que com o tratamento clínico. Trata-se de um procedimento complexo, resultando em um estado pós-operatório crítico para o paciente. Esta revisão integrativa teve como objetivo Identificar os diagnósticos de enfermagem mais freqüentes em pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca. Para a seleção dos artigos optou-se pelas seguintes bases de dados: Scientific Electronic Library Online(SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Internacional de Ciências da Saúde (MEDLINE) e biblioteca virtual em saúde(BVS). A amostra foi composta por 4 estudos, em relação ao delineamento de pesquisa e nível de evidência, os quatros estudos foram classificados com nível de evidência VI (derivada de um único estudo descritivo ou qualitativo). Considerando o pequeno número de artigos encontrados (quatro), destaca-se a semelhança entre os diagnósticos de enfermagem apresentados nas publicações. Dentre os diagnósticos de enfermagem encontrados, 21 foram identificados em no mínimo dois destes artigos. Apesar de os diagnósticos apresentarem semelhanças nos estudos, somente 5 foi citado exatamente conforme a padronização pelo (North American Nursing Diagnosis Association – NANDA) nos quatros estudos da amostra. A assistência de enfermagem qualifica-se e se individualiza quando efetuada por meio dos diagnósticos de enfermagem. Fornecendo assim, subsídios teóricos e científicos para uma futura implementação de intervenção de enfermagem qualificada e individualizada a cada paciente.

Palavra chave: cirurgia torácica, assistência de Enfermagem, cirurgia cardíaca, cuidados pós-operatórios, diagnósticos de enfermagem.

ABSTRACT

Cardiovascular diseases (CVD) are responsible for the higher rate of morbidity and mortality in most countries. Cardiac surgery is performed when the probability of a life is greater with surgery than with medical treatment. It is a complex procedure, resulting in a critical condition after surgery to patients. This integrative review aimed to identify nursing diagnoses more frequent in patients after cardiac surgery. For the selection of articles was chosen for the following databases: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Latin American and Caribbean Health Sciences (LILACS), International Literature Health Sciences (MEDLINE) and virtual library health (BVS). The sample consisted of 4 studies, in relation to research design and level of evidence, the four studies were classified as level of evidence VI (derived from a single descriptive or qualitative study). Considering the small number of articles found (four), there is a similarity between the nursing diagnoses presented in publications. Among the nursing diagnoses found, 21 were identified in at least two of these articles. Despite the similarities in diagnoses present study, only 5 was exactly as quoted by standardization (North American Nursing Diagnosis Association - NANDA) in four studies the sample. Nursing care qualifies and is individualized when made by means of nursing diagnoses. Providing well, theoretical and scientific for a future implementation of qualified nursing intervention and individualized to each patient.

Keyword: thoracic surgery, nursing care, cardiac surgery, postoperative care, diagnostics enfermagem.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 OBJETIVO	11
3 REVISÃO DA LITERATURA	12
4 METODOLOGIA	17
5 RESULTADO	26
6 DISCUSSÃO	34
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
8 REFERÊNCIAS	41
9 APÊNDICE	46

1 INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV), responsáveis pela maior taxa de morbidade e mortalidade na maioria dos países, tem sido alvo de estudos e despertado interesse especial por atingirem grandes contingentes populacionais, além de representar altos custos sociais e econômicos. No Brasil, tais doenças são responsáveis pela mortalidade prematura em adultos, e mesmo quando não são mortais levam, com frequência, a invalidez parcial ou total do indivíduo, com sérias repercussões na pessoa acometida, na família e na sociedade (UMANN et al., 2011).

A cirurgia cardíaca é realizada quando a probabilidade de uma vida útil é maior com o tratamento cirúrgico do 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 como trocas valvares e transplantes (GALDEANO et al., 2006).

A cirurgia cardíaca é um dos principais tratamentos para pacientes com graves disfunções cardiovasculares. Trata-se de um procedimento complexo, resultando em um estado pós-operatório crítico para o paciente. Mesmo com métodos de monitorização hemodinâmica e avanços nas técnicas de manejo clínico e cirúrgico, diversas complicações podem decorrer de uma cirurgia cardíaca (RODRIGUES et al., 2010).

Considerando a complexidade que envolve a cirurgia cardíaca e ainda a multiplicidade de cuidados que é exigido dos profissionais no pós-operatório cardíaco torna-se fundamental uma equipe multidisciplinar habilitada para o cuidado a esse grupo de pacientes. Neste contexto, na assistência de enfermagem em cuidados intensivos de alta complexidade é fundamental a utilização de recursos tecnológicos avançados, exigindo dos profissionais conhecimentos e habilidades específicas para promover o cuidado individualizado e competente.

Assim, para melhor cuidar e assistir o paciente de forma mais planejada visando uma assistência de melhor qualidade surge a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). A SAE é uma metodologia científica de que o profissional enfermeiro dispõe para aplicar seus conhecimentos técnico-científicos e humanos na

assistência aos pacientes. Pode oferecer respaldo científico, segurança e direcionamento para as atividades realizadas, contribuindo para maior credibilidade, competência e visibilidade da enfermagem e, em consequência, para maior autonomia e satisfação profissional (TANAURE et al., 2010).

Deste modo, a implementação da SAE é fundamental por contribuir para a melhoria na qualidade da assistência de enfermagem, para a caracterização do corpo de conhecimentos da profissão e por trazer implicações positivas para o paciente e para a equipe de enfermagem (TANAURE et al., 2010).

O uso do método requer o pensamento crítico do profissional, que deve estar focado nos objetivos e voltado para os resultados, de forma a atender as necessidades do paciente e de sua família; exigindo constante atualização, habilidades e experiência, sendo orientado pela ética e padrões de conduta. Portanto, é um modo de exercer a profissão com autonomia baseada nos conhecimentos técnico-científicos no qual a categoria vem se desenvolvendo nas últimas décadas (SILVA et al., 2011).

O processo de enfermagem é um método utilizado para se implantar, na prática profissional, uma teoria de enfermagem, torna-se necessária a utilização de um método científico para que os conceitos da teoria sejam implantados na prática. O processo de enfermagem fornece estrutura para a tomada de decisão tornando-a mais científica e menos intuitiva (TANAURE et al., 2010).

O processo de enfermagem é definido por sua vez como a "dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas visando o ser humano. É caracterizado pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos" (GALDEANO et al., 2006).

Assim, o processo de enfermagem é constituído de um conjunto de etapas: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação, que focalizam a individualização do cuidado mediante uma abordagem de solução de problemas a qual se fundamenta em teorias e modelos conceituais de enfermagem. Dentre essas etapas, o diagnóstico de enfermagem tem merecido destaque por se tratar de uma etapa dinâmica, sistemática, organizada e complexa do processo de enfermagem, significando não apenas uma simples listagem de

problemas, mas uma fase que envolve avaliação crítica e tomada de decisão (GALDEANO et al., 2004).

O diagnóstico de enfermagem constitui a segunda etapa do processo de enfermagem. Durante essa etapa, os dados coletados na investigação são analisados e interpretados criteriosamente (TANAURE et al., 2010).

Para realizar diagnósticos de enfermagem o enfermeiro deverá ter capacidade de análise, de julgamento, de síntese e de percepção ao interpretar dados clínicos (TANAURE et al., 2010).

Os diagnósticos de enfermagem baseiam-se tanto nos problemas reais (voltados para o presente) quanto nos problemas potenciais (voltados para o futuro), que podem ser sintomas de disfunções fisiológicas, comportamentais, psicossociais ou espirituais (TANAURE et al., 2010).

Dessa forma a Associação Norte Americana de Diagnósticos de Enfermagem (*North American Nursing Diagnosis Association - NANDA*) tem contribuído para o crescimento e aperfeiçoamento dos métodos diagnósticos em enfermagem, a qual propõe um sistema conceitual de classificação dos diagnósticos em uma taxonomia. O principal propósito da NANDA é padronizar a linguagem dos diagnósticos de enfermagem, estabelecendo um acordo sobre regras para utilização de determinados termos (RODRIGUES et al., 2010).

Os diagnósticos de enfermagem direcionam a assistência de enfermagem fornecendo subsídios para a elaboração de planos de cuidados individualizados e implementação de intervenções (RODRIGUES et al., 2010).

Considerando a importância de se abordar na prática de enfermagem os diagnósticos de enfermagem e também que ao sistematizar a assistência o enfermeiro consegue estabelecer um cuidado mais criterioso permitindo uma constante avaliação e reavaliação de suas ações, questiona-se no presente estudo: há na literatura evidências disponíveis de estudos que identifiquem diagnósticos de enfermagem em pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca na prática clínica dos enfermeiros?

Nesse contexto, faz-se necessários a busca desses estudos para identificar os diagnósticos enfermagem em pacientes no pós-operatório de cirurgia

cardíaca, para fornecer possíveis subsídios na prática clínica dos enfermeiros, melhorando e qualificando à assistência de enfermagem a esse grupo de pacientes uma vez que, diante da complexidade desse grupo de pacientes, os mesmos requerem diagnósticos de enfermagem específicos e bem fundamentados e que possam nortear intervenções mais adequadas. Espera-se também que esse estudo possa contribuir com o aprendizado dos profissionais de enfermagem.

2 OBJETIVO

Identificar os diagnósticos de enfermagem mais frequentes em pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca.

3 REVISÃO DA LITERATURA

As doenças cardiovasculares têm se apresentado, nas últimas décadas, em proporções expressivas dentre as causas de morbidade e mortalidade, tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento. No Brasil, é a principal causa de morte, vitimando 300.000 brasileiros por ano (GALDEANO et al., 2006).

O avanço da cirurgia cardíaca gerou um maior desenvolvimento e expansão dos cuidados de enfermagem a pacientes com doenças cardiovasculares. Os cuidados de enfermagem passaram a ser fundamentais para a recuperação do paciente submetido a uma cirurgia cardíaca (GALDEANO et al., 2004).

A complexidade de cuidados requeridos por pacientes que se encontram no período pós-operatório de cirurgia cardíaca, cujas condições de saúde podem variar de minuto a minuto, necessitando de intervenções de enfermagem fundamentadas em um método que privilegia a tomada de decisão clínica pelo enfermeiro (GALDEANO et al., 2006).

A responsabilidade do cuidar em enfermagem exige que as decisões sobre as intervenções propostas sejam fundamentadas na avaliação do estado de saúde do indivíduo. Essa avaliação requer que se adote o diagnóstico de enfermagem como referência para subsidiar o planejamento do cuidado nesse período, considerando as necessidades individuais do paciente (BRAGA et al., 2003).

Assim, torna-se importante compreender as respostas do indivíduo ao acometimento/doença cardiovascular, considerando-se a necessidade emergente de autonomia e garantia do exercício profissional da enfermagem baseada em evidências, associando os sintomas e sinais clínicos comumente conhecidos na prática clínica cardiológica dos enfermeiros, ações e resultados de enfermagem (PEREIRA et al., 2011).

Diante desse contexto, a enfermagem vem aprimorando seus conhecimentos e propondo novas alternativas de assistência, desenvolvendo uma metodologia própria de trabalho, fundamentada no método científico, isto é, fundamentada no processo de enfermagem (GALDEANO et al., 2003).

O processo de enfermagem tem sido considerado uma possibilidade de resposta a sérios questionamentos referentes à qualidade do cuidado e ao desenvolvimento científico da profissão (GALDEANO et al., 2004).

Atualmente, o processo de enfermagem está descrito em cinco etapas: coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. Dentre essas etapas, o diagnóstico de enfermagem tem merecido grande destaque, sendo reconhecido como um guia para o planejamento e implementação dos cuidados de enfermagem (GALDEANO et al., 2004).

Ressaltando, que o processo de enfermagem é definido por sua vez como a "dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas visando o ser humano. É caracterizado pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos" (GALDEANO et al., 2006).

Dentro do processo de enfermagem, o cuidado pós-operatório inicial focaliza a obtenção ou manutenção da estabilidade hemodinâmica e recuperação da anestesia geral. O cuidado pode ser fornecido na unidade de cuidados pós-anestésicos ou unidade de terapia intensiva. Depois que a estabilidade hemodinâmica e recuperação da anestesia geral foram alcançadas, o paciente é transferido para uma unidade intermediária cirúrgica com telemetria. Os cuidados focalizam o tratamento da ferida, atividade progressiva e nutrição. Enfatiza-se a educação a respeito dos medicamentos e a modificação dos fatores de risco. O período pós-operatório imediato para o paciente que se submeteu à cirurgia cardíaca apresenta muitos desafios para a equipe de cuidados de saúde. São feitos todos os esforços para facilitar a transição da sala de cirurgia para a unidade de terapia intensiva ou PACU (unidade de recuperação pós-anestésica) com risco mínimo. As informações específicas sobre a operação e os fatores importantes sobre o tratamento pós-operatório são comunicados pela equipe cirúrgica e profissionais da anestesia para a enfermeira de cuidados críticos, que, então, assume a responsabilidade pelo cuidado do paciente (SMELTZER et al., 2006).

O raciocínio diagnóstico clínico deve possuir o objetivo de conseguir número e qualidade de informações adequadas que oriente a conduta do profissional perante o paciente. Seja para qual fim o processo diagnóstico será executado, este deverá respeitar os princípios éticos da não-maleficência e autonomia. Qualquer indivíduo que receba procedimentos com finalidades de assistência à saúde, pesquisa e ensino deve possuir estes direitos preservados. Quando o processo diagnóstico é praticado com fins assistenciais, deve-se preservar, ainda, o princípio ético da beneficência no qual dada intervenção não deverá ser realizada caso não ocasione benefícios para a saúde do paciente (PAIVA, 2007).

Para realizar diagnósticos de enfermagem o enfermeiro deverá ter capacidade de análise, de julgamento, de síntese e de percepção ao interpretar dados clínicos (TANAURE et al., 2010).

Os diagnósticos de enfermagem baseiam-se tanto nos problemas reais (voltados para o presente) quanto nos problemas potenciais (voltados para o futuro), que podem ser sintomas de disfunções fisiológicas, comportamentais, psicossociais ou espirituais (TANAURE et al., 2010).

Os diagnósticos de enfermagem possuem três componentes estruturais: título, características definidoras e fatores relacionados. A resposta humana é a situação apresentada pelo paciente que necessita de intervenção. As características definidoras são os indicadores, os sinais/sintomas que caracterizam a resposta humana e os fatores relacionados é a condição que favorece a ocorrência da resposta humana apresentada. Além destes, existem os fatores de risco que são os indicadores que assinalam o alto risco de uma determinada resposta do paciente e, ao mesmo tempo, são os elementos que favorecem o risco aumentado (PAIVA, 2007).

Horta (1979), marco referencial na implantação do processo de enfermagem e na consolidação da enfermagem no Brasil, define diagnóstico de enfermagem como a “identificação das necessidades básicas afetadas e do grau de dependência do paciente em relação à enfermagem, para seu atendimento”.

Gordon (1987) conceitua diagnóstico de enfermagem partindo do princípio de que pode ser visto como um processo, uma atividade que envolve o julgamento

ou a afirmação que procura descrever o produto desse julgamento. Deste modo, como processo, o diagnóstico de enfermagem envolve a coleta, análise, interpretação e conclusão dos dados clínicos (PAIVA, 2007).

Carvalho (1986) complementa que o desenvolvimento da habilidade de pensar de modo crítico e tomar decisões cabíveis são requisitos à habilidade de diagnosticar. Quando um profissional identifica um problema de saúde ou condição do paciente, ele imerge em um processo de julgamento clínico que é, em si, a ação de diagnosticar (PAIVA, 2007).

Lima e Pereira (2003) colocam que quando o enfermeiro toma decisões ou faz escolhas, ele delinea a sua função e, quando solicitado a emitir uma opinião sobre algo se fizer de modo coerente e planejado, conquistará uma maior autonomia em seu fazer, pois os outros profissionais confiarão mais em seu poder de decisão e ação.

Marin, Messias e Ostroski (2004) relatam que o diagnóstico de enfermagem tem recebido maior atenção dos profissionais da área devido a sua formulação adequada que direciona o planejamento, implementação e evolução do cuidado (PAIVA, 2007).

O diagnóstico é "uma forma de expressar as necessidades de cuidados que identificamos naqueles de quem cuidamos, ou melhor, os diagnósticos de enfermagem são os focos clínicos da ciência de enfermagem, e a atividade diagnóstica aproxima os enfermeiros de seus clientes, possibilitando-lhes conhecer melhor suas respostas físicas e emocionais (BRAGA et al., 2003).

Os diagnósticos de enfermagem são interpretações científicas dos dados levantados, usados para orientar o planejamento de enfermagem, a implementação e avaliação (NANDA, 2009-2011).

A identificação dos diagnósticos de enfermagem de um grupo de clientes possibilita o conhecimento das respostas humanas alteradas, contribuindo assim para o desenvolvimento de intervenções de enfermagem direcionadas e individualizadas (GALDEANO et al., 2004).

Considera-se o diagnóstico de enfermagem como uma linguagem própria e padronizada, conceituada como o julgamento clínico das respostas do

indivíduo, da família ou da comunidade aos processos vitais ou aos problemas de saúde, que fornecem a base para a seleção das intervenções de enfermagem e para atingir resultados, pelos quais o enfermeiro seria o único responsável (PEREIRA et al., 2011).

O diagnóstico de enfermagem representa uma das mais importantes fontes de conhecimento científico específico de enfermagem, fornecendo critérios mensuráveis para avaliação da assistência, além de direcionar o cuidado, facilitar a pesquisa e o ensino, estimular o cliente a participar de seu tratamento e do plano terapêutico e contribuir para expansão de um corpo de conhecimento próprio para a enfermagem. Corresponde à segunda fase do processo de enfermagem, em que os dados coletados são analisados para o levantamento dos problemas de enfermagem. Esses problemas irão direcionar a assistência de enfermagem (GALDEANO et al., 2004).

A NANDA (2007-2008)) conceitua o diagnóstico como "um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos processos vitais, ou aos problemas de saúde atuais ou potenciais. Um diagnóstico de enfermagem constitui a base para a escolha de intervenções de enfermagem para o alcance de resultados que são responsabilidades do enfermeiro (NANDA-I, 2009-2011).

Associar os fatores predisponentes e evidentes a um diagnóstico de enfermagem torna-se útil para determinar clareza e assertividade na conduta de cuidados pela enfermeira e equipe, bem como auxilia a enfermeira na comunicação aos demais membros de equipe sobre a sua atuação multi e interdisciplinar. Além disso, a previsão dos diagnósticos de enfermagem contribui para a construção de futuros protocolos de cuidados à população em estudos e comparativos entre as mesmas populações em outros estudos e cenários (PEREIRA et al., 2011).

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para a elaboração do presente estudo elegeu-se como referencial teórico a Prática Baseada em Evidências (PBE).

A PBE é uma abordagem de solução de problema para a tomada de decisão que incorpora a busca da melhor e mais recente evidência, competência clínica do profissional e os valores e preferências do paciente dentro do contexto do cuidado. Envolve a definição de um problema, a busca e a avaliação crítica das evidências disponíveis, a implementação das evidências na prática e a avaliação dos resultados obtidos. Assim, essa abordagem encoraja a assistência à saúde fundamentada em conhecimento científico, com resultados de qualidade e com custo efetivo (MENDES et al., 2008).

Dessa forma, a PBE surge com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência prestada ao paciente e incentivar os profissionais na busca de conhecimento científico por meio da utilização de resultados de pesquisas ou de seu desenvolvimento a partir de problemas oriundos da prática clínica (GALVÃO; SAWADA; ROSSI, 2002). Ela é definida por Ingersoll (2000) como o uso consciencioso, explícito e criterioso de informações derivadas de teorias, pesquisas para a tomada de decisão sobre o cuidado prestado à indivíduos ou grupo de pacientes, levando-se em consideração as necessidades individuais e as preferências.

A tradução do conhecimento é o processo de colocar os resultados de pesquisa e outras evidências para utilização na prática cotidiana. Na área da saúde, para se alcançar metas do diagnóstico mais preciso, da terapia mais eficaz, e dos melhores resultados tanto para os pacientes quanto para o sistema de saúde, a tradução do conhecimento é necessariamente um processo que envolve todos os componentes de um ambiente cada vez mais complexo (GARBIN, 2010).

Frente ao exposto, selecionou-se a PBE como referencial teórico do estudo proposto, por se entender que essa abordagem incentiva o enfermeiro a buscar conhecimento científico, seja no desenvolvimento de pesquisas frente às lacunas evidenciadas no seu cotidiano, seja na utilização de pesquisas disponíveis na literatura tanto em nível individual quanto organizacional, e fornece subsídios pra

o desenvolvimento de uma assistência de elevada qualidade e com custos eficazes (GARBIN, 2010).

Várias classificações são propostas e descritas na literatura para a categorização dos estudos de acordo com seu nível de evidência. Neste estudo foi selecionado a classificação proposta por Melnyk e Fineout-Overholt (2005) que possui sete níveis de evidência (GARBIN, 2010).

A análise da qualidade de evidência foi realizada de acordo com a seguinte hierarquização:

Quadro 1-

Sistema de classificação hierárquico da qualidade da evidência segundo Melnyk e Fineout-Overholt (2005).

Nível de Evidência	Tipo de estudo
I	evidências provenientes de revisões sistemáticas ou meta-análise de ensaios clínicos randomizados controlados(ECRC) relevantes, ou de diretrizes clínicas, baseadas em revisões sistemáticas de ECRC.
II	evidência derivada de pelo menos um ECRC bem delineado.
III	evidência obtida de ensaios clínicos bem delineados, sem randomização.
IV	evidência proveniente de estudo caso controle ou coorte bem delineado.
V	proveniente de estudo caso controle ou coorte bem delineado;
VI	evidência derivada de um único estudo descritivo ou qualitativo.
VII	evidência oriunda da opinião de autoridades e/ou relatórios de comitês de especialistas.

Fonte: MELNYK,B.M.;FINEOUT-OVERHOLT,E. Evidence based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice. Philadelphia: Lippincott willians Welkins, 2005, p. 10.

Considerando que essa classificação se baseia no tipo de delineamento do estudo e na sua capacidade de afirmar causa e efeito, os níveis I e II são

consideradas evidências fortes, III e IV moderadas e de V a VII fracas (GARBIN et al., 2011).

Neste estudo, selecionou-se como método a revisão integrativa da literatura, que possibilita a síntese e a análise do conhecimento científico já produzido sobre o tema investigado e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática. O propósito geral de uma revisão de literatura de pesquisa é reunir conhecimentos sobre um tópico, ajudando nas fundamentações de um estudo significativo para enfermagem (SOUZA et al., 2010).

Para a elaboração desta revisão integrativa as seguintes etapas foram percorridas: Definição da questão problema e estabelecimento de objetivos; realização de um levantamento inicial de artigos, estabelecimento de critérios de inclusão dos artigos; definição de informações a serem extraídas dos artigos selecionados; classificação e organização dos artigos; análise; apresentação e discussão dos resultados (GARBIN et al., 2011).

O procedimento dessas etapas foram realizadas da seguinte maneira: a questão norteadora da revisão integrativa, visa formular uma questão clínica de forma sistemática torna possível encontrar uma resposta com rapidez e eficiência, de maneira a apoiar mudanças levando a melhoria dos resultados dos cuidados aos pacientes (GARBIN, 2010).

A questão norteadora foi elaborada, tendo como base a estratégia PICO, acrônimo no idioma inglês que, em português, corresponde a paciente, intervenção, comparação e resultados (desfecho). Consiste em proposta atual que auxilia na elaboração da pergunta clínica e na identificação dos descritores que serão utilizados para a localização dos estudos, permitindo maximizar a recuperação de evidências nas bases de dados e focar o escopo da pesquisa (SANTOS et al., 2011).

Dessa forma, a questão elaborada para a presente revisão integrativa foi: há na literatura evidências disponíveis de estudos que identifiquem diagnósticos de enfermagem em pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca na prática clínica dos enfermeiros?

Os procedimentos adotados para a busca inicial e seleção das bases de dados foi por meio da biblioteca virtual em saúde (BVS), no qual as mesmas

foram localizadas. Para a seleção dos artigos optou-se pelas seguintes bases de dados: base de dados de enfermagem (BDENF), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Internacional de Ciências da Saúde (MEDLINE) por meio do banco de dados PUBMED.

Para a localização dos artigos foram selecionadas palavras-chave relacionadas ao tema, tendo como base a estratégia PICO. Em seguida foi verificado nas bases de dados escolhidas e nos vocabulários Mesh (Medical Subject Headings) e DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) se estas palavras-chave eram descritores controlados.

Descritores controlados são palavras-chave utilizadas pelas bases de dados para indexação de artigos, sendo reconhecida nesta base de dados como um termo existente na sua lista interna de descritores. E ao termo “descriptor não controlado” significa que aquela palavra chave não foi utilizada para a indexação de artigos na base de dados que está sendo utilizada, de forma que não existe em sua lista interna de descritores (GARBIN, 2010).

Os descritores controlados utilizados nas bases de dados desta pesquisa foram: “cirurgia cardíaca”, “diagnóstico de enfermagem”, “assistência de enfermagem”, “cuidados pós-operatórios”, “nursing diagnosis”, “nursing”, “diagnosis”, “thoracic surgical procedures”, “thoracic”, “surgical”, “procedures”, “surgery”, “humans”, “Trial”, “clinical Trial”. Já com relação aos descritores não controlados não foram utilizados nessa pesquisa.

Pelo fato de a preocupação com a indexação de artigos por meio dos descritores controlados ser recente, é comum identificarmos estudos com palavras-chave que diferem desses descritores (GARBIN, 2010).

Para a seleção dos estudos estabeleceu-se os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

Crítérios de Inclusão e Exclusão

Foram considerados critérios de inclusão os artigos publicados em português, inglês e espanhol, artigos publicados nos últimos 7 anos, devido ao fato de que os diagnósticos de enfermagem vem sendo cada vez mais trabalhados na prática clínica dos enfermeiros nesse período e conseqüentemente sendo publicados mais artigos. Estudos que abordaram diagnósticos de enfermagem em pacientes adultos atendidos no pós operatório de cirurgia cardíaca e estudos quantitativos e como critérios de exclusão desconsiderou-se os artigos que não estavam disponíveis gratuitamente e na íntegra, que abordavam cirurgias cardíacas em crianças e adolescentes e com delineamento diferentes do proposto nos critérios de inclusão.

População e Amostra

Inicialmente foi realizada uma pré-seleção dos artigos encontrados nas buscas efetuadas por meio da leitura e resumo. A coleta de dados foi realizada nos meses de junho a agosto de 2012. Em seguida, foi realizada leitura dos textos na íntegra, de forma exaustiva, com o intuito de analisar se os mesmos atendiam aos requisitos e critérios de inclusão relacionados à temática abordada na revisão integrativa.

Contudo, após leitura e releitura exaustiva dos artigos, constatou-se a necessidade de serem excluídos vários estudos que não se enquadravam nos critérios definidos. A amostra final resultou em 3 estudos para análise da presente revisão integrativa, descritas no quadro 2 a seguir:

QUADRO 2-

Estratégia de busca nas bases de dados e estudos identificados.

Base de Dados	Estratégia de busca	Estudos Identificados	Estudos Selecionados
SCIELO	"cirurgia cardíaca" and "assistência de enfermagem"	01	00
	"cirurgia cardíaca" and "diagnóstico de enfermagem"	06	00
LILACS	"cirurgia cardíaca" AND "assistência de Enfermagem"	21	00
	"cirurgia cardíaca" AND "cuidados pós-operatórios"	75	00
	"cirurgia cardíaca" AND "cuidados pós-operatórios"	16	03
MEDLINE	"nursing diagnosis OR "nursing" AND "diagnosis" OR "nursing diagnosis" AND "thoracic surgical procedures" OR "thoracic" AND "surgical" AND "procedures" OR "thoracic surgical procedures" OR "thoracic" AND "surgery" OR "thoracic surgery" OR "thoracic surgery" OR "thoracic" AND "surgery" AND "humans" AND (Randomized Controlled "Trial" OR "Clinical Trial".	01	00
BDEF	"cirurgia cardíaca" and "assistência de enfermagem"	18	00
	"cirurgia cardíaca" and "diagnóstico de enfermagem".	12	00
TOTAL		134	03

Na base do LILACS foram localizados 21 artigos e na segunda busca utilizando outros descritores foram localizados 75 artigos, todos foram

excluídos por não se enquadrarem nos critérios de inclusão. Os artigos que estão publicados na base de dados do LILACS, foram localizados por meio da biblioteca virtual BVS sendo encontrados nessa terceira busca 3 artigos que compõem a amostra do estudo. Na base de dados do MEDLINE foi localizado 01 artigo por meio do banco da biblioteca Public Medline (PUBMED), porém não atendeu os critérios de inclusão. Na base de dados do SCIELO na primeira busca foi encontrado 01 artigo, o qual foi excluído, pois seu estudo não se enquadrava no tipo de estudo escolhido. Na segunda busca com outros descritores foram localizados 06 artigos no qual foram excluídos 04 artigos por não se enquadrarem nos critérios de inclusão. Ressalta-se que os dois artigos não excluídos nessa segunda busca são os mesmos localizados na base de dados do LILACS e na base de dados do BDEF. Assim, foram localizados 18 artigos na primeira busca nessa base e na segunda busca com os outros descritores foram encontrados 12 artigos nos quais todos foram excluídos por não se enquadrarem nos critérios de inclusão.

Coleta de Dados

Para categorização dos estudos, ou seja, extração das informações contidas nos estudos selecionados, foi utilizado um instrumento de coleta de dados (Apêndice). Esta etapa teve por objetivo avaliar a qualidade metodológica dos estudos e extrair as informações sobre o tema investigado.

O instrumento elaborado é composto de dados referentes ao periódico (nome, ano, volume, número, idioma), ao pesquisador (número, profissão e qualificação do autor principal), e ao estudo (local da pesquisa, identificação da amostra, delineamento, tipo de participantes, idade e sexo dos pacientes, resultados, conclusão e nível de evidência e recomendação, tipo de cirurgia (procedimentos), patologias associadas e diagnóstico médico, diagnóstico de enfermagem).

Análise dos Dados

Após leitura e análise dos estudos selecionados pelo autor deste estudo, os dados foram transcritos para o instrumento e os resultados apresentados sobre a forma descritiva e por meio de quadros.

5 RESULTADOS

Os dados que serão apresentados no Quadro 3 a seguir se referem aos estudos 1, 2 e 3 que compõe a amostra. Em que se referem ao título do artigo e periódico, tipo do estudo e desenho do mesmo, nível de evidência e base de dados.

Quadro 3- Seleção dos estudos incluídos, segundo o ano de publicação, base de dados, tipo de estudo, diagnósticos médicos encontrados que conduziram à cirurgia cardíaca e procedimentos cirúrgicos realizados, nível de evidência e recomendação.

Estudo	TÍTULO DO ARTIGO E PERIÓDICO	ANO	TIPO DE ESTUDO	NÍVEL DE EVIDÊNCIA	DESENHO DO ESTUDO	BASE DE DADOS
E 1º	Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos à Cirurgia cardíaca Revista Brasileira de Enfermagem.	2006	Quantitativo	Nível VI	Evidência derivada de um único estudo descritivo ou qualitativo.	LILACS
E 2º	Diagnósticos de enfermagem no perioperatório de cirurgia cardíaca Revista da Escola de Enfermagem da USP.	2006	Quantitativo	Nível VI	Evidência derivada de um único estudo descritivo ou qualitativo.	LILACS
E 3º	Diagnósticos de enfermagem no pós-operatório de cirurgias cardíacas Revista Salusvita/Ciências Biológica e da Saúde.	2010	Quantitativo	Nível VI	Evidência derivada de um único estudo descritivo ou qualitativo.	LILACS

No Quadro 4 que se segue, serão apresentados dados referentes aos estudos incluídos com relação ao nomes dos autores, ocupação profissional, local do estudo e setores realizados, motivo da cirurgia e procedimentos realizados.

Quadro 4- Dados referentes a nomes dos autores, ocupação profissional, local do estudo e setores realizados, motivo da cirurgia/ procedimentos realizados e fatores de risco.

Estudo	NOME DOS AUTORES	OCUPAÇÃO PROFISSIONAL	LOCAL DE ESTUDO	SETOR REALIZADO	MOTIVOS DAS CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS REALIZADOS	FATORES DE RISCO
E 1º	ROCHA,L.A; MAIA,T.F; SILVA,L.F.FF.	Todos os profissionais são enfermeiros	Hospitais	Unidade de Terapia intensiva (UTI)	Diagnósticos de maior evidência foram: - insuficiência coronariana -ICO (72,8%) ; -infarto agudo do miocárdio IAM (72,8%); - angina instável (36,4%).	Dos fatores de risco de maior prevalência foram: - HAS (86,4%); -Tabagismo (63,6%); -Diabetes melitus (45,5%); -Dislipidemia DLP (40,9%); -Doença pulmonar obstrutiva crônica DPOC (4,5%).
E 2º	GALDEANO,L.E; E;ROSSI,L.A; SANTOS,C.B; DANTAS,R.A.S.	Todos os profissionais são professores.	Hospitais	Unidade de recuperação pós-cirúrgica cardíaca	Os procedimentos cirúrgicos realizados foram: - (70%) revascularizações do miocárdio; - (12%) trocas de valva mitral; - (6%) plastia de valva mitral e tricúspide; - (6%) troca de valva mitral e tricúspide; - (6%) troca de valva mitral e plastia de tricúspide.	Não foi mencionado fatores de rcos em seu estudo
E 3º	CRUZ,A.P.O; LOPES,R.	Um profissional é enfermeiro e o outro professor.	Hospitais	Unidade de terapia intensiva (UTI)	Os diagnósticos de maior evidência foram: -(60%) infarto agudo do miocárdio; - 15% de casos de insuficiência coronariana; - 10% de insuficiência cardíaca congestiva. - 15% dos casos identificaram-se outros problemas como problemas de mal-formação e estenose aórtica.	Dos fatores de risco de maior prevalência foram: -HAS (50%); -HAS associada ao diabetes mellitus (DM) (10%); - Alcoolismo e tabagismo (10%).

Como pode se observar o primeiro estudo foi publicado na Revista Brasileira de Enfermagem, segundo publicado na Revista da Escola de Enfermagem da USP e o terceiro publicado na revista salusvita/ciências biológicas e da saúde.

Dos três artigos selecionados, o primeiro foi publicado por três, segundo por quatro e o terceiro por dois autores. Destaca-se que 56% dos autores eram professores, e os 44% restantes, eram enfermeiros.

Em relação à instituição sede, os três estudos (100%) foram conduzidos em hospitais. E em relação aos setores realizados dois estudos foram realizados em unidade de terapia intensiva (UTI) e o outro em unidade de recuperação pós-cirurgia cardíaca.

Já em relação ao delineamento de pesquisa e nível de evidência, os três estudos foram classificados com nível de evidência VI (derivada de um único estudo descritivo ou qualitativo).

O Quadro 5, apresenta os resultados referentes aos diagnósticos de enfermagem abordados nos artigos da amostra no período pós-operatório da cirurgia cardíaca, fornecendo subsídios teóricos e científicos para uma futura implementação de intervenção de enfermagem qualificada e individualizada a cada paciente.

Quadro 5- Diagnósticos de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca.

ESTUDO/TÍTULO	ANO	AUTOR (ES)	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA.
<p>Estudo 1</p> <p>Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca</p>	2006	ROCHA,L.A;MAIA,T.F; SILVA,L.F.FF.	<ul style="list-style-type: none"> - Risco para infecção - Risco para constipação - Déficit no auto-cuidado para vestir-se - Integridade da pele prejudicada - Mobilidade física prejudicada - Integridade tissular prejudicada - Déficit no auto-cuidado para alimentação - Padrão do sono perturbado - Padrão respiratório ineficaz - Ansiedade - Desobstrução ineficaz da vias aéreas - Dor aguda -Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais - Ventilação espontânea prejudicada - Risco para intolerância à atividade - Troca de gases prejudicada - Risco para aspição - Comunicação verbal prejudicada - Volume de líquidos deficientes

Quadro 5- Diagnósticos de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca (cont.).

ESTUDO/TÍTULO	ANO	AUTOR (ES)	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA.
<p>Estudo 2</p> <p>Diagnósticos de enfermagem no perioperatório de cirurgia cardíaca</p>	2006	<p>GALDEANO,L.E;E;ROSSI,L.A; SANTOS,C.B;DANTAS,R.A.S.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Risco para infecção - Risco para disfunção neurovascular periférica - Risco para lesão perioperatória de Posicionamento - Mobilidade física prejudicada - Déficit no autocuidado para banho-higiene - Risco para aspiração - Proteção alterada - Integridade da pele prejudicada - Risco para desequilíbrio no volume de líquidos - Alterações sensoriais de percepção - Comunicação verbal prejudicada - Risco para temperatura corporal alterada - Desobstrução ineficaz das vias aéreas - Troca de gases prejudicada - Dor

Quadro 5- Diagnósticos de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca (cont.).

TEXTO/TÍTULO	ANO	AUTOR (ES)	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA.
<p>Estudo 3</p> <p>Diagnóstico de enfermagem no pós-operatório de cirurgias cardíacas</p>	2010	CRUZ,A.P.O;LOPES,R.	<ul style="list-style-type: none"> -Ansiedade - Comunicação verbal prejudicada - Déficit no auto-cuidado (alimentação, banho, higiene e higiene íntima) - Dor aguda - Integridade tissular prejudicada - Mobilidade no leito prejudicada -Risco para aspiração -Risco para glicemia -Risco para infecção -Risco para integridade da pele prejudicada 20 -Risco para volume de líquidos desequilibrado -Medo -Débito cardíaco diminuído -Padrão respiratório ineficaz -Náusea -Baixo auto-estima situacional -Fadiga -Hipotermia -Ventilação espontânea prejudicada -Constipação -Desobstrução ineficaz de vias aéreas -Volume de líquidos excessivo -Desesperança -Perfusão tissular ineficaz

Considerando o pequeno número de artigos encontrados (três), destaca-se a semelhança entre os diagnósticos de enfermagem apresentados nas publicações. Dentre os diagnósticos de enfermagem 15 foram identificados em no mínimo dois destes artigos. Os mesmos são: risco para infecção; integridade da pele prejudicada; déficit no auto cuidado para alimentação, déficit no auto cuidado para banho-higiene; integridade tissular prejudicada; padrão respiratório ineficaz; mobilidade física prejudicada; ansiedade; desobstrução ineficaz das vias aéreas; dor aguda; troca de gases prejudicada; risco para aspiração; comunicação verbal prejudicada; risco de desequilíbrio do volume de líquidos; ventilação espontânea prejudicada. Sendo 3 diagnósticos de risco e 12 diagnósticos reais.

Os diagnósticos de enfermagem da NANDA são bastante úteis para a realização das atividades práticas e clínicas dos enfermeiros e contribuem para a implantação da segunda etapa do processo do paciente com vistas ao restabelecimento e à promoção de sua saúde.

Cabe ressaltar que a etapa de diagnósticos de enfermagem representa um desafio para o enfermeiro, pois requer que esse profissional tenha conhecimentos técnico-científicos atualizados, bem como pensamento crítico ao interpretar os dados coletados na anamnese e no exame físico para que possa assumir a responsabilidade pelo cuidado que está propondo por meio da prescrição de enfermagem.

O enfermeiro que reconhece os processos fisiopatológicos associados ao pós-operatório de cirurgia cardíaca e identifica os diagnósticos de enfermagem de cada cliente, será capaz de elaborar um plano de intervenções adequado a cada situação, individualizando e qualificando os cuidados de enfermagem ao paciente no período pós-operatório de cirurgia cardíaca.

Os artigos incluídos na presente revisão encontra-se expostas de maneira sintética nos Quadro 6.

Quadro: 6 Síntese dos estudos 01 e 02.

ESTUDO	AUTORES	Título	Periódico	Ano	Objetivo	Delineamento do estudo	Método/Intervenção
01	ROCHA,L.A; MAIA,T.F; SILVA,L.F.F F	Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca	Revista Brasileira de Enfermagem	2006	Identificar diagnósticos de enfermagem segundo a Taxonomia II da NANDA e intervenções de enfermagem segundo a Nursing Interventions Classification, associando-os aos resultados de enfermagem segundo a Nursing Outcomes Classification.	Estudo quantitativo/ Nível de evidência: VI	Trata-se de pesquisa descritiva-exploratória, do tipo transversal.Os dados foram colhidos de 22 pacientes por um formulário e exame físico.
02	GALDEANO, L.E; E;ROSSI,L.A ; SANTOS,C. B; DANTAS,R. A.S	Diagnósticos de enfermagem no perioperatório de cirurgia cardíaca	Revista da Escola de Enfermagem da USP	2006	Identificar os diagnósticos de enfermagem de pacientes no período perioperatório de cirurgia cardíaca e verificar a existência ou não de concordância entre a primeira autora do estudo,que avaliou os pacientes e identificou os diagnósticos de enfermagem e outros enfermeiros que tiveram acesso apenas aos dados coletados.	Estudo quantitativo/ Nível de evidência: VI	O estudo foi realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, no período de janeiro à maio de 2001. O grupo de estudo foi constituído de 17 pacientes adultos, independente do sexo.

Quadro: 6 Síntese dos estudos 03 (cont).

ESTUDO	AUTORES	Título	Periódico	Ano	Objetivo	Delineamento do estudo	Método/Intervenção
03	CRUZ,A.P.O;LOPES, R.	Diagnósticos de enfermagem no pós-operatório de cirurgias cardíacas	Revista Salusvita/ Ciência biológicas e Da Saúde	2010	Identificar os principais diagnósticos de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca em uma unidade de terapia intensiva de hospital público no município de Bauru.	Estudo quantitativo/ Nível de evidência: VI	A metodologia deu-se através de visitas diárias no período da manhã, com a realização de anamnese e exame físico de enfermagem para elaboração dos diagnósticos, cujas frequência acima de 25% foram admitidas como os prevalentes na população estudada, baseando-se na taxonomia NANDA 2007-2008.

No quadro 7 que se segue abaixo, estão apresentados os dados referentes aos diagnósticos de enfermagem em porcentagem e número total de pacientes de cada estudo da amostra.

Quadro: 7 Média dos diagnósticos de enfermagem de acordo com os domínios de cada estudo da amostra.

TÍTULOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	E1	E2	E3	TOTAL
PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE CIRURGIA CARDÍACA	n = 22	n =17	n = 20	n = 59
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE ACORDO COM OS DOMÍNIOS	%	%	%	MÉDIA
DOMÍNIO 2: NUTRIÇÃO				
DIAGNÓSTICOS REAIS				
Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais	50%	–	–	50%
Volume de líquidos excessivo	–	–	15%	15%
Volume de líquidos deficientes	18,2%	–	–	18,2%
DIAGNÓSTICOS DE RISCO				
Risco para desequilíbrio no volume de líquidos	–	100%	–	100%
Risco para volume de líquidos desequilibrado	–	–	100%	100%
Risco para glicemia	100%	–	100%	100%

Quadro: 7 Média dos diagnósticos de enfermagem de acordo com os domínios de cada estudo da amostra (cont.).

TÍTULOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	E1	E2	E3	TOTAL
PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE CIRURGIA CARDÍACA	n = 22	n = 17	n = 20	n = 59
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE ACORDO COM OS DOMÍNIOS	%	%	%	MÉDIA
DOMÍNIO 3: ELIMINAÇÃO/TROCA				
DIAGNÓSTICOS REAIS				
Troca de gases prejudicada	36,4%	64,7%	–	50,5%
Constipação	–	–	15%	15%
DIAGNÓSTICOS DE RISCO				
Risco para constipação	100%	–	–	100%
DOMÍNIO 4: ATIVIDADE/REPOUSO				
DIAGNÓSTICOS REAIS				
Défict no auto-cuidado alimentação	68,2%	–	100%	84,1%
Défict no auto-cuidado para banho	–	–	100%	100%
Défict no auto-cuidado para higiene	–	100%	100%	100%

Quadro: 7 Média dos diagnósticos de enfermagem de acordo com os domínios de cada estudo da amostra (cont.).

TÍTULOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	E1	E2	E3	TOTAL
PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE CIRURGIA CARDÍACA	n = 22	n = 17	n = 20	n = 59
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE ACORDO COM OS DOMÍNIOS	%	%	%	MÉDIA
DOMÍNIO 4: ATIVIDADE/REPOUSO				
DIAGNÓSTICOS REAIS				
Déficit no auto-cuidado para higiene íntima	–	100%	100%	100%
Déficit no auto-cuidado para vestir-se	100%	–	–	100%
Padrão do sono perturbado	68,2%	–	–	68,2%
Mobilidade física prejudicada	90,9%	100%	–	95,4%
Mobilidade no leito prejudicada	90,9%	–	100%	95,4%
Ventilação espontânea prejudicada	50%	–	20%	35%
Padrão respiratório ineficaz	68,2%	–	60%	64,1%
Perfusão tissular ineficaz	–	–	5%	5%

Quadro: 7 Média dos diagnósticos de enfermagem de acordo com os domínios de cada estudo da amostra (cont.).

TÍTULOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	E1	E2	E3	TOTAL
PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE CIRURGIA CARDÍACA	n = 22	n = 17	n = 20	n = 59
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE ACORDO COM OS DOMÍNIOS	%	%	%	MÉDIA
DOMÍNIO 4: ATIVIDADE/REPOUSO				
DIAGNÓSTICOS REAIS				
Fadiga	–	–	20%	20%
Débito cardíaco diminuído	–	–	60%	60%
DIAGNÓSTICOS DE RISCO				
Risco para intolerância à atividade	50%	–	–	50%
DOMÍNIO 5: PERCEPÇÃO/COGNIÇÃO				
DIAGNÓSTICOS REAIS				
Comunicação verbal prejudicada	27,3%	94,1%	100%	73,8%
Alterações sensoriais de percepção	–	100%	–	100%

Quadro: 7 Média dos diagnósticos de enfermagem de acordo com os domínios de cada estudo da amostra (cont.).

TÍTULOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	E1	E2	E3	TOTAL
PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE CIRURGIA CARDÍACA	n = 22	n =17	n = 20	n = 59
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE ACORDO COM OS DOMÍNIOS	%	%	%	MÉDIA
DOMÍNIO 6: AUTOPERCEÇÃO				
DIAGNÓSTICOS REAIS				
Desesperança	–	–	10%	10%
Baixo auto-estima situacional	–	–	20%	20%
DOMÍNIO 9: ENFRENTAMENTO/TOLERÂNCIA AO ESTRESSE				
Medo	–	–	75%	75%
Ansiedade	68,2%	–	100%	84,1%
DOMÍNIO 11: SEGURANÇA/PROTEÇÃO				
DIAGNÓSTICOS REAIS				
Proteção alterada	–	100%	–	100%
Integridade da pele prejudicada	100%	100%	–	100%

Quadro: 7 Média dos diagnósticos de enfermagem de acordo com os domínios de cada estudo da amostra (cont.).

TÍTULOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	E1	E2	E3	TOTAL
PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE CIRURGIA CARDÍACA	n = 22	n =17	n = 20	n = 59
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE ACORDO COM OS DOMÍNIOS	%	%	%	MÉDIA
DOMÍNIO 11: SEGURANÇA/PROTEÇÃO				
DIAGNÓSTICOS REAIS				
Integridade tissular prejudicada	59,1%	–	100%	79,5%
Desobstrução ineficaz de vias aéreas	63,6%	82,3%	15%	53,6%
Hipotermia	–	–	20%	20%
DIAGNÓSTICOS DE RISCO				
Risco para infecção	100%	100%	100%	100%
Risco para lesão perioperatória de posicionamento	–	100%	–	100%
Risco para aspiração	27,3%	100%	100%	75,7%
Risco para disfunção neurovascular periférica	–	100%	–	100%
Risco para temperatura corporal alterada	–	94,1%	–	94,1%

Quadro: 7 Média dos diagnósticos de enfermagem de acordo com os domínios de cada estudo da amostra (cont.).

TÍTULOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	E1	E2	E3	TOTAL
PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE CIRURGIA CARDÍACA	n = 22	n =17	n = 20	n = 59
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE ACORDO COM OS DOMÍNIOS	%	%	%	MÉDIA
DOMÍNIO 11: SEGURANÇA/PROTEÇÃO				
DIAGNÓSTICOS DE RISCO				
Risco para integridade da pele prejudicada	–	–	100%	100%
DOMÍNIO 12: CONFORTO				
DIAGNÓSTICOS REAIS				
Dor aguda	100%	–	100%	100%
Dor	–	52,9%	–	52,9%
Náusea	–	–	30%	30%

Tendo como base os dados apresentados na síntese dos artigos, observa-se que no estudo 01 a amostra foi composta por 22 pacientes e a faixa etária da população prevaleceu entre 67 a 77 anos (31,8%) e quanto ao sexo foi de homens (63,6%) em relação as mulheres (36,4%).

Entre os diagnósticos médicos encontrados que conduziram à cirurgia cardíaca de revascularização do miocárdio (RM), os de maior evidência foram à insuficiência coronariana ICO (72,8%) e o IAM (72,8%).

Dos fatores de risco evidenciados, os mais prevalentes foram a HAS (86,4%), o tabagismo (63,6%) e o diabetes *melitus* (45,5%). Foram encontrados, ainda, dislipidemia DLP (40,9%) e doença pulmonar obstrutiva crônica DPOC (4,5%).

Foram encontrados 19 diagnósticos de enfermagem. Destes, 15 apresentaram frequência maior que 50%. Os de maior frequência foram risco para infecção, risco para constipação, déficit no auto-cuidado para higiene íntima, integridade da pele prejudicada, todos com a mesma frequência (100%). Outros diagnósticos também tiveram frequência elevada, quais sejam: mobilidade física prejudicada e integridade tissular prejudicada (90,9%); déficit no autocuidado para alimentação, padrão de sono perturbado, padrão respiratório ineficaz, ansiedade (68,2%); desobstrução ineficaz das vias aéreas (63,6%); dor aguda (59,1%); nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais, juntamente com ventilação espontânea prejudicada e risco para intolerância à atividade (50,0%).

O estudo 02 descreve que a amostra foi composta por 17 pacientes com idade média de 58 anos. Sendo nove homens (52,9%) e oito mulheres (47%). Os procedimentos cirúrgicos realizados foram: 12 (70%) revascularizações do miocárdio, duas (12%) trocas de valva mitral, uma (6%) plastia de valva mitral e tricúspide, uma (6%) troca de valva mitral e tricúspide e uma (6%) troca de valva mitral e plastia de tricúspide.

Foram encontrados 15 diagnósticos no pós-operatório de cirurgia cardíaca, sendo os de maior frequência: risco para infecção; risco para disfunção neurovascular periférica; Risco para lesão perioperatória de posicionamento; Mobilidade física prejudicada; Déficit no autocuidado para banho-higiene; Risco para aspiração; Proteção alterada; Integridade da pele prejudicada; Risco para

desequilíbrio no volume de líquidos; Alterações sensoriais de percepção (100%); outros diagnósticos também tiveram frequência elevada, quais sejam: Comunicação verbal prejudicada; Risco para temperatura corporal alterada (94,1%); Desobstrução ineficaz das vias aéreas (82,3%); Troca de gases prejudicada (64,7%) e Dor (52,9%).

Já o estudo 03, a amostra constituiu-se de 20 pacientes com prevalência de faixa etária acima dos 70 anos (35%) e com relação ao sexo constitui-se de 60% ao masculino.

Foram investigadas as patologias associadas, constatando maior quantidade de hipertensos (50%), seguindo por hipertensão associada ao diabetes mellitus (10%). Verificou-se que cerca de 10% dos pacientes tinham histórico de alcoolismo e tabagismo.

Identificou as hipóteses diagnósticas dentre os casos admitidos no pós-operatório de revascularização do miocárdio, compreendendo em sua maioria como decorrência de infarto agudo do miocárdio, com 60% de incidência. Dentre os demais diagnósticos, foram identificados 15% de casos de insuficiência coronariana e 10% de insuficiência cardíaca congestiva. Em 15% dos casos identificaram-se outros problemas como problemas de mal-formação e estenose aórtica.

Foram classificados como diagnósticos mais frequentes e tendo uma incidência de pelo menos 25% dos 20 avaliados, descritos conforme as características definidoras e fatores relacionados.

Os diagnósticos de maior frequência foram: Ansiedade; Comunicação verbal prejudicada; Déficit no auto-cuidado (alimentação, banho, higiene e higiene íntima); Dor aguda; Integridade tissular prejudicada; Mobilidade no leito prejudicada; Risco para aspiração; Risco para glicemia; Risco para infecção; Risco para integridade da pele prejudicada; Risco para volume de líquidos desequilibrado (100%); Medo (75%); Débito cardíaco diminuído; Padrão respiratório ineficaz (60%); Náusea (30%); Baixa auto-estima situacional; Fadiga; Hipotermia; Ventilação espontânea prejudicada (20%); Constipação; Desobstrução ineficaz de vias aéreas; Volume de líquidos excessivo (15%); Desesperança (10%) e Perfusão tissular ineficaz (5%).

6 DISCUSSÃO

Os diagnósticos de enfermagem levantados na pesquisa permitiram descrever um perfil dos diagnósticos mais frequentes 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. Do total de diagnósticos estabelecidos, 12 foram classificados como reais e 3 como diagnósticos de risco, a saber: integridade da pele prejudicada; déficit no auto cuidado para alimentação, déficit no auto cuidado para banho-higiene; integridade tissular prejudicada; padrão respiratório ineficaz; mobilidade física prejudicada; ansiedade; desobstrução ineficaz das vias aéreas; dor aguda; troca de gases prejudicada; comunicação verbal prejudicada; ; ventilação espontânea prejudicada risco para aspiração; risco de desequilíbrio do volume de líquidos; risco para infecção.

Os dados permitiram realizar algumas considerações acerca da sistematização de enfermagem junto ao paciente em estado grave, desde aspectos sócio-demográficas até a identificação dos diagnósticos de enfermagem mais freqüentes, a serem utilizados para fomento técnico-científico na área assistencial.

Segundo ROCHA et al., (2006); CRUZ et al.,(2010); GALDEANO et al., (2006), os dados do presente estudo confirmam a prevalência de faixa etária avançada e predominância do sexo masculino.

CRUZ et al., (2010), também confirma em seu estudo que a prevalência da idade avançada é um fator que influencia diretamente na recuperação pós-operatória, já que conforme o aumento da faixa etária, maior são as debilitações do organismo e capacidade de recuperação frente às fragilidades resultantes do envelhecimento.

Outro aspecto a ser considerado é em relação aos fatores de risco, que houve predominância da HAS como o principal fator de risco segundo os autores (ROCHA et al., 2006) e (CRUZ et al., 2010).

O Ministério da Saúde (2008), afirmam que os problemas atuais da vida da população, como stress, sedentarismo, alimentação inadequada contribui

com o aumento da quantidade de doenças cardíacas, com destaque para o consumo de álcool e cigarros, ambos fatores evidenciados neste estudo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Outra questão é com relação aos diagnósticos médicos encontrados que conduziram à cirurgia cardíaca, os de maior evidência foram o IAM (infarto agudo do miocárdio) e ICO (insuficiência coronariana), (ROCHA et al., 2006; CRUZ et al., 2010).

Reiterando tais aspectos, as hipóteses diagnosticadas a serem relevadas é a eventual manifestação de lesões cardiovasculares ao longo do tempo, justificando o aumento de idosos dentre os investigados (CRUZ et al. 2010).

Outro estudo que corrobora com os achados do presente estudo, mas que não entrou na amostra por seu estudo ser qualitativo e não se adequar aos critérios de inclusão previamente definidos, foi o estudo do Pivoto et. al. (2010). A amostra foi composta por 20 prontuários de pacientes e a faixa etária da população prevaleceu entre 61 a 70 anos (40%) e com relação ao sexo a maioria foi de homens (55%).

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.

O estudo de Pivoto et al., (2010), permitiu 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. 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.

Outro estudo que corrobora com os achados é o estudo de Pereira et al., (2011), que não entrou na amostra por seu estudo não especificar, quais foram as amostras (pacientes) que realizaram procedimentos intervencionais ou cirúrgicos. A amostra foi composta por 30 pacientes hospitalizados em um hospital de grande porte, sendo eles 15 mulheres e 15 homens e a faixa da população se deu em média 53,93 anos, variando entre 21 a 79 anos; portanto, salvo alguns casos, principalmente os agudos, trata-se de uma população adulta e idosa. Obteve-se oito tipos diferentes de causa de internação; 16 (53,4%) dessas internações foram por complicações ocasionadas pela Insuficiência Cardíaca, ou seja, em mais da metade da população. Dada a resposta de incapacidade, dependência, dor e desconforto ocasionada por esta patologia nos sujeitos. Dessas doenças, a hipertensão arterial apresentou-se com maior frequência, 26 (86,7%), seguida da dislipidemia, com 20 (66,7%). Estas, associadas à hipertensão, como observado nos dados, podem causar complicações como acidente vascular cerebral e/ou infarto. Tivemos também 10 (33,3%) sujeitos hospitalizados por infarto agudo do miocárdio; ou seja, houve internações por condições agudas associadas geralmente a outro fator de risco e internações associadas diretamente ao fator estresse, o que ocorreu em metade deles, 5 (13%). Já o diabetes mellitus e a depressão estiveram presentes em 7 (23,3%) pessoas, estas associadas aos casos de complicações clínicas, prolongamento da internação e falta na adesão terapêutica. Como fator de risco, houve 25 (83,3%) sedentários, 20 (66,7%) tabagistas e 19 (63,3%) etilistas, totalizando 64 fatores - 2,1 em média por indivíduo; estes, além de contribuir para o desenvolvimento das DCV, dificultam o seu controle, sendo importante a conscientização e educação do paciente para adoção de hábitos saudáveis de vida.

Foram documentados 198 diagnósticos de enfermagem, com média de 6,6 por paciente ($\pm 2,64$) e 35 títulos diagnósticos distintos. Os diagnósticos de enfermagem com frequência acima de 50% foram: ansiedade 23 (76,7%), dor aguda 21 (70,7%), débito cardíaco diminuído 17 (56,7%) e percepção sensorial perturbada (visual) 16 (56,3%). Já os diagnósticos com frequência menor que 50% e maior ou igual a 30% compreenderam: insônia 14 (46,7%), disfunção sexual e intolerância à

atividade 11 (36,7%) e perfusão tissular ineficaz 9 (30,0%). Os outros 27 diagnósticos tiveram frequência inferior a 30%, variando entre 8 (26,7%) e 1 (3,3%).

Já o estudo de Paiva (2007), vem corroborar também com a amostra deste estudo. Paiva não entrou nesta amostra por seu estudo se referir somente de um procedimento intervencional (Angioplastia Coronária Transluminal Percutânea-PTCA e Stent) e não cirúrgico. A população do estudo constou de 51 pacientes internados em enfermarias clínicas, com especialidade cardíaca, diagnosticados com infarto agudo do miocárdio. Caracterizando estes infartados, 37 pacientes (72,5%) eram do sexo masculino. Em relação à situação clínica, 35 pacientes (68,6%) apresentaram diagnóstico médico de infarto do miocárdio de parede anterior, tendo a obstrução na Artéria Descendente Anterior Esquerda (DA) como a maior responsável pelo acometimento do episódio de infarto na população estudada (68,6%). Foram identificados o total de 37 diagnósticos de enfermagem na população estudada. Em média foram encontrados 11 diagnósticos de enfermagem por paciente infartados. Apenas o diagnóstico Risco de Infecção esteve presente em 100% dos infartados que realizaram angioplastia por esta ser um procedimento altamente invasivo. Os diagnósticos de maior frequência foram: dentição prejudicada, intolerância à atividade (96,1%); déficit no auto-cuidado para banho/higiene e déficit no auto-cuidado para higiene íntima (76,5%); padrão do sono perturbado (74,5%); deambulação prejudicada (70,6%); mobilidade física prejudicada e déficit no auto-cuidado para vestir-se/arrumar-se (68,6%); mobilidade no leito prejudicada (58,8%); capacidade de transferência prejudicada (54,9%) e outros com menor frequência como: controle ineficaz do regime terapêutico (39,2%); nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais (37,3%); risco de constipação (33,3%); dor aguda (27,5%); ansiedade (21,6%); fadiga e medo(15,7%); risco de solidão e padrões de sexualidade ineficazes (11,8%); retenção urinária e baixa autoestima situacional (5,9%); volume de líquidos deficiente, débito cardíaco diminuído, disfunção sexual e dor crônica (3,9%); deglutição prejudicada, nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais, eliminação urinária prejudicada, constipação percebida, sentimento de impotência, risco de baixa autoestima situacional, distúrbio na imagem corporal, risco de síndrome do estresse por mudança, ansiedade relacionado à morte, integridade da pele prejudicada e náusea (2,0%).

No presente estudo, foram citados 15 diagnósticos de enfermagem encontrados em no mínimo dois artigos, o que reforça a semelhança dos diagnósticos de enfermagem identificados e obtidos por outros autores, apresentados por esse grupo específico de pacientes.

A descrição dos diagnósticos de enfermagem contribui para a análise das respostas à doença cardiovascular, com foco no objeto de trabalho do enfermeiro que, associado às questões de gênero, culturais, demográficas, sociais, econômicas, bem como às condições do tratamento médico e espirituais, possibilita uma investigação holística, embasada em uma linguagem internacional proposta pela NANDA (PEREIRA et al., 2011).

A assistência de enfermagem qualifica-se e se individualiza quando efetuada por meio dos diagnósticos de enfermagem. Para reconhecê-los, o enfermeiro precisa dispor de conhecimento da patologia, do cenário em questão e de raciocínio clínico sob a situação estabelecida (RODRIGUES et al., 2010).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão integrativa elaborada permitiu reunir e sintetizar o conhecimento já produzido sobre o tema investigado.

Foi possível observar uma limitação em relação ao nível de evidência dos estudos, sendo os mesmos considerados fracos. Devido ao tema e a problematização propostos nessa pesquisa, por apresentarem características específicas, não permitem estudos com níveis de evidências mais fortes.

Contudo, o objetivo proposto nesta pesquisa foi alcançado, que é identificar os diagnósticos de enfermagem mais freqüentes em pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca na prática clínica dos enfermeiros.

Dessa forma a partir da identificação dos diagnósticos de enfermagem mais freqüentes no pós- operatório de cirurgia cardíaca levantados, o presente estudo poderá direcionar à uma assistência de enfermagem qualificada, fornecendo subsídios para futuras implementações e intervenções fundamentadas e associadas as reais necessidades individuais dos pacientes e contribuir para aplicação dos mesmos na prática clínica.

Em suma, o processo de enfermagem faz-se importante instrumento metodológico na prática do enfermeiro, pois o norteia no desenvolvimento do raciocínio clínico e crítico através da identificação dos diagnósticos de enfermagem, fornecendo base sólida para a prestação de cuidados de enfermagem de forma holística e com qualidade. O processo de enfermagem abre margem para a ampliação do conhecimento das necessidades de cuidados a serem implantados aos pacientes no campo assistencial, bem como no ensino e pesquisa, favorecendo ao enfermeiro uma maior autonomia e segurança nas atividades de sua prática diária, independente do local onde serão/são realizadas. Nesse processo, é importante não só o empenho dos enfermeiros, mas de toda a equipe e das instituições de saúde para o alcance de melhores resultados, maior satisfação dos clientes e familiares e, ainda, redução de custos tanto para a instituição quanto para os pacientes.

No entanto, sabe-se que a adoção do processo de enfermagem na atualidade do enfermeiro ainda se constitui um desafio, necessitando da superação do modelo tecnicista vigente e mudança na percepção do enfermeiro quanto à importância deste em seu campo de atuação, com vistas a uma qualificação profissional e, principalmente, valorização, reconhecimento e da otimização da assistência de enfermagem.

Entretanto, fica evidente que é fundamental desenvolver mais pesquisas relacionadas à identificação dos diagnósticos de enfermagem em pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca na prática clínica dos enfermeiros com o objetivo de direcioná-los à análise de problemas dos pacientes que demandam ações específicas de enfermagem e favorecendo a ampliação do número de publicação acerca do tema.

Dessa forma, pode-se contribuir para o incremento de novas pesquisas sobre a segunda etapa do processo de enfermagem e o desenvolvimento científico da profissão.

8 REFERÊNCIAS

BRAGA, G.C; CRUZ, D.A.L.M. A Taxonomia II proposta pela North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Rev. Latino-Am.Enferm.;Ribeirão Preto, v.11, n. 2, mar./apr. 2003.

CARVALHO, E. C. C. Diagnósticos de enfermagem: considerações sobre o seu ensino. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM, 3., 1996, Fortaleza. Trabalho apresentado...Fortaleza: [s.n], 1996.

CRUZ, A. P.O; LOPES, R. Diagnóstico de enfermagem no pós-operatório de cirurgias cardíacas. Rev. Salusvita. Bauru., v. 29, n. 3, p. 85-104, 2010.

FINEOUT-OVERHOLT, E.; et al. Teaching EBP: strategies for achieving sustainable organizational change toward evidence-based practice. Wordviews on Evidence-Based Nursing, mar. p. 51-3, 2010.

GALVÃO, C.M; SAUSADA, N.O; ROSSI, L.A. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v.10, n. 5, p. 690-5, 2002.

GARBIN, L.M. Medidas utilizadas na prevenção de infecções em transplantes de células-tronco hematopoéticas: evidências para a prática. 2010. 163 f. Dissertação de mestrado à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, USP, Ribeirão Preto, 2010.

GARBIN, L.M; SILVEIRA, R.C.C.P; BRAGA, F.T.M.M; CARVALHO, E.C. Medidas utilizadas na prevenção de infecções em transplantes de células-tronco

hematopoéticas: evidências para a prática. Rev.Latino-Am.Enfem.;São Paulo, v. 19, n. 3, maio./jun. 2011.

GALDEANO, I.E; ROSSI, L.A. Construção e validação de instrumentos de coleta de dados para o período perioperatório de cirurgia cardíaca. Rev. Latino-Am. Ribeirão Preto, v. 10, n. 6, nov./dez. 2002

GALDEANO, L.E.; ROSSI ,L.A.; NOBRE,L.F.; IGNÁCIO, D.S. Diagnósticos de enfermagem de pacientes no período transoperatório de cirurgia cardíaca. Rev. Latino-Am. de Enferm.; Ribeirão Preto, v.11, n. 2, mar/apr. 2003.

GALDEANO, L.E; ROSSI, L.A; PEZZUTO,T.M. Diagnósticos de enfermagem de pacientes no período pré-operatório de cirurgia cardíaca. Rev. esc. enferm. USP.; São Paulo, V. 38, N. 3, Sept. 2004.

GALDEANO, L.E; ROSSI, L.A; SANTOS, C.B; DANTAS, R.A.S. Diagnósticos de enfermagem no perioperatório de cirurgia cardíaca. Rev. da Escola de Enferm. da USP. São Paulo., v. 40, n. 1, março. 2006..

GORDON, M.Nursing diagnosis: process and application. 3rd ed. St. Louis: Mosby, 1994.

_____. Th concepto f nursing diagnosis. In: _____. Nursing diagnosis: process and application. 2nd Ed. New York: McGraw Hill, 1987, p. 1-29.

HORTA, W. A. Processo de enfermagem. 8. Ed. São Paulo: EPU, 1979.

INGERSOLL, G. L. Evidence-based nursing. Nursing Outlook, v. 48, n.4, p. 151-2, 2000.

LIMA, A. A. F; PEREIRA, L. L. O papel da enfermeira clínica e o processo de decisão. Nursing (São Paulo), v. 66, n, 6, p. 43-50, Nov. 2003.

MARIAN, M. J. S; MESSIAS, D. C. C; OSTROSKI, L. E. Análise das publicações sobre diagnóstico de enfermagem no Brasil. Nursing (São Paulo), v. 76, n. 7, p. 23-28, set. 2004..

MELNYK, B. M; FINEOUT-OVERHOLT, E. Making the case for evidence-based practice. In: MELNYK, B. M; FINEOUT-OVERHOLT, E. Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins, 2005. Chap 1, p. 3-24.

MENDES, K. D.S; SILVEIRA, R. C. C. O; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enfermagem, v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008.

NANDA – Diagnósticos de Enfermagem: definições e classificação 2009- 2011 / North American Nursing Diagnosis Association; Tradução Regina Machado Garcez – Porto Alegre: Artmed, 2010.

PAIVA, G.S. Diagnósticos de enfermagem em infartados submetidos à angioplastia coronariana com stent. 2007. Dissertação (Pós-graduação em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e enfermagem da Universidade Federal do Ceará, UFC, Fortaleza, 2007.

PEREIRA, J.M.V; CAVALCANTI, A.C.D; SANTANA, R.F; CASSIANO, K.M; QUELUCI, G.C; GUIMARÃES, T.C.F. Diagnósticos de enfermagem de pacientes hospitalizados com doenças cardiovasculares. Esc. Anna Nery.; Rio de Janeiro, V. 15, N. 4, Dec. 2011.

PIVOTO, F.L; FILHO, D.L; SANTOS, S.S.C; ALMEIDA, M.A; SILVEIRA, R.S. Diagnósticos de enfermagem em pacientes no período pós-operatório de cirurgias. Rev. Acta Paulista de Enferm. São Paulo, v. 23, n. 5, sept./oct. 2010.

ROCHA, L.A; MAIA, T.F; SILVA, L.F. Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. Rev. Bras. Enferm. Brasília., v. 59, n. 3, maio./jun. 2006.

RODRIGUES, C.G.; SENGERZ, R.; GUIDO, L.A.; LINCH, G.F.C. Complicações no pós-operatório de cirurgia cardíaca: diagnósticos e intervenções de enfermagem. Rev. Enferm. Universidade federal de Pernambuco on line.; Pernambuco, v.4 , n. 1, p. 391-400, jan/mar. 2010.

SANTOS, C.M.C; PIMENTA, C.A.M; NOBRE, M.R. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 15, n. 3, p. 508-11, 2007.

SILVA, E.G.C; OLIVEIRA, V.C; NEVES, G.B.C; GUIMARÃES, T.M.R. O conhecimento do enfermeiro sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem: da teoria á prática. Rev. da Escola de Enfermagem da USP., v. 45, n. 6, dez. 2011.

SMELTZER, S. C. BARE. B. G. Brunner & Suddarth, tratado de enfermagem medico-cirúrgica. Suzanne C. Smaltzer, Brenda G. Bare, e mais 50 colaboradores; [revisão técnica Isabel Cristina Fonseca da Cruz, Ivone Evangelista Cabral, Márcia Tereza Luz Lisboa; tradução José Eduardo Ferreira de Figueiredo] Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein.; São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, jan./mar. 2010.

TANNURE, M.C; PINHEIRO, A.M. SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia prático. 2 ed.- Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

UMANN, J.; GUIDO, L.A.; LINCH, G.F.C.; FREITAS,E.O. Enfermagem perioperatória em cirurgia cardíaca: revisão integrativa da literatura. Rev. Mineira. Enferm. ;Minas Gerais, v. 15, n. 2, p. 275-281, abr./jun. 2011.

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume8livro.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2012.

.

9 APÊNDICE

Instrumento de Coleta de Dados

Referência: _____

Profissão do pesquisador: _____

País de Origem: _____ Qualificação: _____

Fonte: () LILACS () BVS C/S DeCS () MEDLINE () SCIELO () BDNF

Título do periódico: _____

Ano de publicação: _____

Objetivo: _____

Local de estudo:

Setores realizados: () UTI () Unidade de recuperação pós-cirurgia cardíaca.

Delineamento do estudo: _____

Amostra: _____

Faixa etária _____

Sexo _____

Fatores de risco _____

Classificação do nível de evidência:

Diagnósticos de enfermagem _____

Motivos das cirurgias e procedimento realizados