



**DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES
CARDIOLÓGICOS EM CUIDADOS PALIATIVOS**
**NURSING DIAGNOSES AND INTERVENTIONS FOR CARDIOLOGICAL PATIENTS IN PALLIATIVE
CARE**

**DIAGNÓSTICOS E INTERVENCIÓNES DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES CARDIOLÓGICOS EN
CUIDADOS PALIATIVOS**

*Thais Gassi Guerra Pedrão¹, Evelise Helena Fadini Reis Brunori², Eloiza da Silva Santos³, Amanda Bezerra⁴,
Sérgio Henrique Simonetti⁵*

RESUMO

Objetivo: caracterizar o perfil clínico e sociodemográfico e identificar os principais diagnósticos e intervenções de Enfermagem. **Método:** trata-se de estudo quantitativo, transversal, retrospectivo e descritivo com 23 pacientes cardíacos com indicação de cuidados paliativos. Realizou-se a coleta de dados com um questionário. Submeteu-se o banco de dados à análise estatística. **Resultados:** caracterizou-se a amostra por pacientes do sexo feminino, com 70 anos, casados e com ensino fundamental completo, portadores de doença renal crônica, infarto agudo do miocárdio, miocardiopatia, hipertensão arterial e Diabetes Mellitus. Revela-se que os diagnósticos de Enfermagem “Deficit no autocuidado para a alimentação” e “Deficit no autocuidado para o banho” foram os mais frequentes. Detalha-se que suas intervenções foram o controle da nutrição, do ambiente, os cuidados com alimentação enteral, o posicionamento no leito, a massagem de conforto, os cuidados com unhas, cabelo e couro cabeludo, a manutenção da saúde oral e a realização de banho no leito. **Conclusão:** evidenciaram-se uma assistência pouco focada em aspectos espirituais e psicológicos e a falta de evidências, na literatura, que fortaleçam alguns diagnósticos e intervenções de Enfermagem específicos para a população estudada. **Descritores:** Enfermagem de Cuidados Paliativos; Insuficiência Cardíaca; Cuidado Paliativo; Enfermagem; Cardiologia; Unidade de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

Objective: to characterize the clinical and sociodemographic profile and to identify the main Nursing diagnoses and interventions. **Method:** this is a quantitative, cross-sectional, retrospective and descriptive study with 23 cardiac patients with indication of palliative care. Data was collected with a questionnaire. The database was submitted to statistical analysis. **Results:** the sample was characterized by female patients, 70 years old, married and with complete primary education, with chronic kidney disease, acute myocardial infarction, myocardial pathology, hypertension and Diabetes Mellitus. It is revealed that the Nursing diagnoses “Deficit in self-care for eating” and “Deficit in self-care for bathing” were the most frequent. Their interventions included control of nutrition, the environment, enteral feeding care, bed placement, comfort massage, nail care, hair and scalp care, oral health maintenance, and bath in bed. **Conclusion:** there was a lack of care focused on spiritual and psychological aspects and the lack of evidence in the literature that strengthens some specific Nursing diagnoses and interventions for the studied population. **Descriptors:** Nursing Palliative Care; Heart Failure; Palliative Care; Nursing; Cardiology; Intensive Care Unit.

RESUMEN

Objetivo: caracterizar el perfil clínico y sociodemográfico, identificar los principales diagnósticos e intervenciones de enfermería. **Método:** estudio cuantitativo, transversal, retrospectivo y descriptivo, con 23 pacientes cardíacos con indicación de cuidados paliativos. Se realizó la recolección de datos con un cuestionario. Se sometió la base de datos al análisis estadístico. **Resultados:** se caracterizó la muestra por pacientes del sexo femenino, con 70 años, casados, y con enseñanza fundamental completa, portadores de enfermedad renal crónica, infarto agudo de miocardio, miocardiopatía, hipertensión arterial y diabetes mellitus. Los diagnósticos de enfermería “Déficit en el autocuidado para alimentación” y “Déficit en el autocuidado para baño”, fueron los más frecuentes. Sus intervenciones fueron el control de la nutrición, del ambiente, cuidados con alimentación entera, colocación en el lecho, masaje de confort, cuidados con uñas, cabello y cuero cabelludo, mantenimiento de la salud oral y realización de baño en el lecho. **Conclusión:** se evidenció una asistencia poco enfocada en aspectos espirituales y psicológicos y falta de evidencias en la literatura que fortalezcan algunos diagnósticos e intervenciones de enfermería específicas para la población estudiada. **Descriptor:** Enfermería de Cuidados Paliativos; Insuficiencia cardíaca; Cuidado Paliativo; Enfermería; Cardiología; Unidad de terapia intensiva.

¹Especialista (egressa), Programa de Residência em Enfermagem Cardiovascular do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia. São Paulo (SP), Brasil, E-mail: thaisgassi@outlook.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-3164-0583>; ²Doutora, Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia. São Paulo (SP), Brasil, E-mail: evelisehelenauol.com.br ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-1396-9393>; ³Especialista, Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia. São Paulo (SP), Brasil, E-mail: helofer2015@outlook.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-0216-8774>; ⁴Mestre, Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia. São Paulo (SP), Brasil, E-mail: amandabezerra19@gmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-1584-847X>; ⁵Doutor, Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia. São Paulo (SP), Brasil, E-mail: sergioh@dantepazzanese.org.br ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-7840-8004>

INTRODUÇÃO

Aponta-se que a insuficiência cardíaca (IC) tem sido um importante problema de saúde pública, considerado como uma nova epidemia, com elevada mortalidade e morbidade, a despeito dos avanços da terapêutica atual.¹

Nota-se que as projeções mostram que a prevalência da IC aumentará 46% de 2012 a 2030, resultando em mais de oito milhões de pessoas acima dos 18 anos de idade com IC. Deve-se a prevalência em ascensão, provavelmente, ao aumento da expectativa de vida, uma vez que a IC acomete, de forma preponderante, as faixas etárias mais elevadas.¹

Sabe-se que a IC é considerada a via final de todas as doenças cardíacas e a ocorrência desta síndrome pode ter sua origem em causas primárias (distúrbio na contração muscular devido a uma anormalidade primária do músculo cardíaco, como ocorre nas miocardiopatias e miocardites viróticas) ou secundárias (a aterosclerose coronariana, que causa isquemia e infarto do miocárdio, assim como as patologias das válvulas cardíacas, a hipertensão arterial sistêmica, entre outras).²

Assinala-se que prevalência da IC vem aumentando, principalmente, em idosos e é uma condição progressiva associada à elevada morbidade e mortalidade, pois, com a sua progressão, os pacientes tornam-se assustados e desconfortáveis² e, mesmo com os avanços disponíveis de tratamento, a terapia convencional pode não reduzir suficientemente o sofrimento do paciente e melhorar sua qualidade de vida.²

Indicam-se os cuidados paliativos, pois uma intervenção em pacientes com IC avançada apresenta maiores benefícios na qualidade de vida reduzindo a ansiedade e a depressão e aumentando o bem-estar espiritual em comparação à não indicação de cuidados paliativos nesses pacientes.²

Definem-se cuidados paliativos, pela Organização Mundial de Saúde, como uma abordagem ou tratamento que melhora a qualidade de vida de pacientes e familiares diante de doenças que ameacem a continuidade da vida.³

Entende-se que o alívio do sofrimento, a compaixão pelo doente e seus familiares, o controle impecável dos sintomas e da dor, a busca pela autonomia e pela manutenção de uma vida ativa, enquanto ela durar, são alguns dos princípios dos cuidados paliativos.³

Julga-se, então, necessário avaliar e controlar não somente a dor, mas todos os

sintomas de natureza física, social, emocional e espiritual. Deve-se, além disso, para o tratamento em cuidados paliativos, reunir as habilidades de uma equipe multiprofissional para ajudar o paciente a adaptar-se às mudanças de vida impostas pela doença e promover a reflexão necessária para o enfrentamento dessa condição de ameaça à vida para pacientes e familiares.³

Inserir-se o processo do cuidar na prática profissional do enfermeiro, que faz interface com todos os membros da equipe de saúde, com a família, com a comunidade e, também, com o ambiente onde ele executa seu trabalho. Introduce-se o enfermeiro, obrigatoriamente, em uma relação direta, processual, dialógica, interativa e subjetiva inerente ao cuidado da vida humana.⁴

Constata-se que a atuação desse profissional compreende tarefas e relações que vão desde a interação com cada cliente, até articulações mais complexas com familiares, equipe de saúde multiprofissional e institucional, pois permeia diferentes faces do processo de cuidado, desde a entrada, até a saída do paciente, seja pela alta hospitalar, seja pelo óbito.⁴

Acredita-se, especificamente, que, no âmbito dos cuidados paliativos, o enfermeiro exerce seu papel desenvolvendo ações práticas e gerenciais em maior consonância com toda a equipe de saúde cujos profissionais, nesse momento tão específico do tratamento terapêutico, convergem seus discursos para a estrutura do cuidado ante a estrutura da cura.⁴

Representa-se o processo de Enfermagem como um método sistemático e humanizado de prestação de cuidados constituído de cinco passos: investigação, diagnóstico de Enfermagem, planejamento, implementação ou intervenções de Enfermagem e avaliação.⁵

Compreende-se o mesmo como um trabalho profissional específico que pressupõe uma série de ações dinâmicas e inter-relacionadas para a sua realização, ou seja, indica-se a adoção de um determinado método ou modo de fazer (Sistematização da Assistência de Enfermagem), fundamentado em um sistema de valores e crenças morais e no conhecimento técnico-científico da área.⁵

Definem-se, na segunda fase do processo de Enfermagem - diagnóstico de Enfermagem como uma ferramenta que possibilita individualizar o cuidado, transformar a prática da Enfermagem, servir de base para as intervenções, organizar o saber da Enfermagem, introduzir o método científico na profissão, entre outras possibilidades com o

objetivo de identificar os problemas existentes -, os pontos fortes e essenciais.⁵

Utilizam-se esses sistemas na prática da profissão com grande significado para o desenvolvimento da Enfermagem, estabelecendo padrões de cuidados que podem ser utilizados em qualquer parte do mundo, bem como permitindo uma melhora na qualidade da assistência por meio da sistematização.⁵

OBJETIVO

- Identificar os principais diagnósticos e intervenções de Enfermagem nos pacientes cardíacos em cuidados paliativos;
- Caracterizar o perfil sociodemográfico e o perfil clínico dos pacientes cardíacos em cuidados paliativos;
- Identificar os principais diagnósticos e intervenções de Enfermagem de pacientes cardíacos em cuidados paliativos.

MÉTODO

Realizou-se um estudo quantitativo, transversal, retrospectivo e descritivo, cujas variáveis quantitativas foram expressas por média e desvio padrão e as variáveis qualitativas, por frequência absoluta (N) e relativa (%).

Tratou-se de uma população composta por 23 pacientes cardíacos, com indicação de cuidados paliativos, internados na Unidade de Terapia Intensiva Clínica de uma instituição pública especializada em Cardiologia e vinculada à Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo.

Desenvolveu-se esta pesquisa em uma instituição de serviço hospitalar em nível terciário na área cardiovascular, de caráter público, situada na zona sul da cidade de São Paulo, e realizou-se a coleta de dados na UTI clínica dessa instituição.

Analisaram-se os critérios de inclusão, que foram pacientes cardíacos internados na unidade de terapia intensiva, após a indicação dos cuidados paliativos, e os critérios de exclusão foram pacientes em cuidados paliativos direcionados à população pediátrica, pacientes acometidos por patologias oncológicas ou demais patologias de origem não cardíaca.

Coletaram-se os dados, no período de março a agosto de 2017, utilizando-se um instrumento de coleta contendo os dados demográficos, a data do início da palição, a data de internação hospitalar, o diagnóstico médico, os dados clínicos, o diagnóstico de Enfermagem e as intervenções de Enfermagem.

Compilaram-se, no Excel, as questões abertas, após o preenchimento do instrumento, utilizando-se a taxonomia norte-americana de diagnóstico de Enfermagem (NANDA)⁶ e a classificação de intervenções de Enfermagem (NIC)⁷, já adotadas pela instituição, para a descrição específica de cada diagnóstico e intervenção de Enfermagem elencados a cada paciente do estudo e, em seguida, deram-se a comparação e o agrupamento entre eles.

Submeteu-se este banco de dados à análise estatística verificando-se as frequências absoluta (N) e relativa (%).

Obedeceram-se às recomendações da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, submetendo-se o protocolo ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia para a avaliação de seus aspectos éticos, e o mesmo foi aprovado sob o número de protocolo no CEP 4734 e CAAE 64615617.9.0000.5462.

RESULTADOS

Caracterizou-se o perfil sociodemográfico do estudo, predominantemente, por pacientes do sexo feminino, com idade aproximada de 70 anos, com o ensino fundamental I completo e casados.

Detalha-se, em relação ao perfil clínico, que as patologias prévias mais frequentemente encontradas foram a doença renal crônica, com 47,8% da amostra, o infarto agudo do miocárdio, com 26,1%, a miocardiopatia isquêmica, com 21,7% e a parada cardiorrespiratória, com 17,4%.

Percebeu-se que as patologias menos frequentes encontradas foram o acidente vascular encefálico, com 13% da amostra; síncope, doença pulmonar obstrutiva crônica, síndrome cardiorrenal, estenose aórtica, miocardiopatia dilatada e chagásica, com 8,7% da amostra de cada patologia citada.

Identificou-se que, dos pacientes da amostra, 78,3% eram hipertensos; 47,8%, dislipidêmicos; 43,5% eram portadores de fibrilação atrial (FA); 39,1%, diabéticos e 30,4% eram portadores de hipotireoidismo.

Evidenciou-se, em relação ao perfil clínico da internação na UTI, que os diagnósticos médicos mais frequentemente encontrados foram IC perfil C, representando 45,5% da amostra, seguido da doença renal crônica agudizada, com 43,5%. Inferiu-se que o acidente vascular encefálico cardioembólico, a fibrilação atrial de alta resposta ventricular, a lesão renal aguda e a pneumonia tiveram a mesma frequência, com 21,7% da amostra de

cada uma das patologias, e que pouco mais da metade dos pacientes (56,6%) apresentou fração de ejeção do ventrículo esquerdo reduzida, sendo 0% limítrofe e 43,5% preservada.

Ressalta-se que, dos pacientes que apresentaram, como causa de internação na UTI, a IC perfil C (45,5%), 80% deles tinham fração de ejeção do ventrículo esquerdo reduzida, sendo que a média da fração de ejeção foi de 40,3%, o mínimo foi de 20% e o máximo de 68%.

Baseou-se na taxonomia NANDA/NIC, instituída pelo hospital do estudo e em relação ao processo de Enfermagem, elencando-se os diagnósticos de Enfermagem (DE) “*Deficit* no autocuidado para a alimentação”, “*Deficit* no autocuidado para o banho/higiene”, “Risco de infecção”, “Mobilidade física prejudicada” em 100% da amostra.

Demonstrou-se que aproximadamente 90% da amostra apresentou “Ventilação espontânea prejudicada” e “Risco de integridade da pele prejudicada”; 87% apresentaram “Risco de débito cardíaco diminuído” e “Integridade tissular prejudicada”; 83% apresentaram “Risco de constipação”; 70% apresentaram “Volume de líquidos excessivos”; 65%, “Risco de perfusão renal ineficaz”; 52% tinham “Risco de glicemia instável”, e os outros DE menos frequentes foram “Proteção ineficaz”, com frequência de 26%, e “Dor aguda”, que apareceu em somente 4%.

Percebeu-se que o DE “*Deficit* no autocuidado para a alimentação” teve, como características definidoras, a capacidade prejudicada de abrir recipientes, de levar os alimentos até e boca e de engolir os alimentos relacionada às alterações da função cognitiva, ao prejuízo musculoesquelético e neuromuscular e ao uso de sonda nasointestinal.

Verificou-se que as principais intervenções de Enfermagem elencadas para esse diagnóstico foram o controle da nutrição, do ambiente, o cuidado com a alimentação nasointestinal e a realização do teste de refluxo, o posicionamento correto do paciente no leito, a oferta e o auxílio da refeição quando necessário e a avaliação da dor quando se fizer presente.

Apresentou-se o DE “*Deficit* no autocuidado para o banho”, como características definidoras, a capacidade prejudicada de acessar o banheiro, de lavar o corpo, de acessar a fonte de água e de realizar a higiene oral relacionada às alterações da função cognitiva, ao prejuízo musculoesquelético e

neuromuscular, à mobilidade física prejudicada e à fadiga.

Elencaram-se, como principais intervenções de Enfermagem para o diagnóstico supracitado, o cuidado com as unhas, cabelo e couro cabeludo, a manutenção da saúde oral, a realização de banho no leito e a massagem de conforto.

Sabe-se que a fadiga foi um dos principais fatores relacionados desse DE, fato que vai ao encontro ao diagnóstico de Enfermagem “Mobilidade física prejudicada”, que teve, como fatores relacionados, a “intolerância à atividade” e as “restrições prescritas dos movimentos”, sendo um DE caracterizado por dispneias aos esforços, dificuldade para virar-se e movimentos descoordenados.

Destacaram-se, como intervenções para o DE “Mobilidade física prejudicada”, o repouso, o posicionamento no leito, a mudança de decúbito, os cuidados com a pele, a proteção de proeminências ósseas e os exercícios prescritos quando apropriados.

Expuseram-se, para o DE “Ventilação espontânea prejudicada”, as seguintes características definidoras: dispneia, saturação de oxigênio diminuída e uso de musculatura acessória relacionadas à fadiga da musculatura acessória, destacando-se, como intervenções de Enfermagem, a monitorização respiratória, a avaliação do nível de consciência, a monitorização de gases sanguíneos e a atenção para os sinais de cianose de extremidades.

Caracterizou-se, para o DE “Volume de líquidos excessivos”, por edema, a dispneia e as alterações do padrão respiratório relacionadas à falha de mecanismos reguladores e à falência de bomba cardíaca, destacando-se, como intervenções de Enfermagem, o controle e a monitorização de eletrólitos, o controle hídrico, da função renal e o decúbito de 45°.

Mostrou-se o DE “Risco de infecção”, como fator de risco, o aumento da exposição ambiental a patógenos e aos procedimentos invasivos, que incluem cateteres, sondas, cânulas, todos comuns em unidades de terapia intensiva, e este diagnóstico teve, como principais intervenções de Enfermagem, os cuidados com cateteres, lesões e incisões, a supervisão da pele, a terapia nutricional e a troca de materiais de parede.

Notou-se que o DE “Risco de integridade da pele prejudicada” apresentou, como fatores de risco, a escala de Braden menor que 16 e, como intervenções, a supervisão da pele e a realização de curativos.

Destacaram-se, para o DE “Integridade da tissular prejudicada”, as características definidoras de tecido lesado ou destruído relacionadas a extremos de idade, temperatura, fatores mecânicos, infecção e mobilidade física prejudicada, apresentando-se, como intervenções de Enfermagem, a supervisão da pele e a proteção contra infecções.

Ressaltou-se que o DE “Risco de constipação” apresentou, como fatores de risco, a ingestão insuficiente de fibras e líquidos, as mudanças recentes no ambiente e a alimentação por sonda nasoesférica, e suas intervenções de Enfermagem foram o controle intestinal e a monitorização dos ruídos hidroaéreos.

Apresentaram-se, como fatores de risco para o “Risco de Glicemia instável”, o uso de nutrição enteral e a ingestão alimentar insuficiente, e, como principais intervenções, o controle da hiperglicemia e hipoglicemia.

Percebeu-se que o DE “Risco de perfusão renal ineficaz” apresentou, como fatores de risco, a diminuição do volume urinário, as alterações de ureia e creatinina e o regime terapêutico. Destacaram-se, como principais intervenções de Enfermagem, o controle hidroeletrólítico, a monitorização da função renal e a mensuração do volume urinário.

Relatou-se que o DE “Proteção ineficaz” apresentou, como características definidoras, as alterações na coagulação relacionadas aos agentes farmacológicos e ao regime de tratamento. Elegeram-se, como intervenções de Enfermagem para esse diagnóstico, a identificação do risco, a realização de precauções contra sangramento e a monitorização de exames laboratoriais.

Constatou-se que o DE “Dor aguda” apresentou, como característica definidora, o autorrelato de intensidade utilizando-se escalas relacionadas ao agente lesivo físico, e as intervenções de Enfermagem foram o controle e a assistência à analgesia controlada pelo paciente.

DISCUSSÃO

Demonstrou-se, por um estudo da Escola de Enfermagem da USP, que as comorbidades mais frequentemente encontradas em pacientes hospitalizados com IC tinham etiologia isquêmica e fração de ejeção reduzida, hipertensão arterial e o infarto agudo do miocárdio prévio⁸. Observa-se que este fato é semelhante aos achados deste estudo, onde foram encontradas as mesmas comorbidades.

Analisou-se, como um desafio adicional para pacientes com IC, em relação ao prognóstico, que 60% deles morreram subitamente. Acredita-se que a fração de ejeção do ventrículo esquerdo, a presença de taquiarritmias ventriculares e o Diabetes Mellitus puderam ser critérios de previsão de morte súbita, e a presença de fenômenos tromboembólicos, a PCR prévia e outras arritmias ventriculares complexas também contribuíram para a avaliação de prognóstico reservado⁴. Salienta-se que esses dados vão ao encontro dos resultados deste estudo.

Constatou-se que, segundo a terceira diretriz crônica de insuficiência cardíaca, a etiologia da insuficiência cardíaca está associada com a cardiopatia dilatada e isquêmica, a hipertensão arterial sistêmica não controlada e o Diabetes Mellitus e as internações hospitalares pela descompensação dessa condição.

Afirma-se que pacientes com esse perfil clínico podem ser alvos dos cuidados paliativos⁹, fato este que reforça a prática de cuidado paliativo instituída para os pacientes do estudo na instituição em questão.

Consideraram-se, segundo a Academia Nacional de Cuidados Paliativos e em relação às doenças cardíacas, como critérios de terminalidade, os sintomas de IC durante repouso, a fração de ejeção do ventrículo esquerdo menor que 20%, uma nova arritmia, a parada cardiorrespiratória, a síncope ou o acidente vascular encefálico e as idas frequentes ao pronto-socorro devido aos sintomas⁴, sendo que tais dados vão ao encontro do perfil clínico da amostra deste estudo.

Notou-se, em vista desses fatos, neste estudo, que a indicação de cuidados paliativos foi composta, em sua maioria, por pacientes com sintomas refratários ao tratamento convencional e portadores de doenças graves com internação prolongada fora de possibilidades terapêuticas.

Evidenciou-se que as habilidades dos enfermeiros deveriam estar voltadas para a avaliação sistemática dos sinais e sintomas e para o auxílio da equipe multiprofissional no estabelecimento de prioridades para cada cliente, de modo que os objetivos terapêuticos sejam alcançados.¹⁰

Apontaram-se, em um estudo de revisão com população semelhante à deste estudo, como principais diagnósticos de Enfermagem, o “Débito cardíaco diminuído”, o “Volume de líquidos excessivos”, a “Intolerância à atividade”, a “Integridade da pele prejudicada”, a “Troca de gases prejudicada”,

o “Conhecimento deficiente”, o “Risco de quedas” e a “Mobilidade física prejudicada”¹¹.

Percebeu-se que os diagnósticos semelhantes dessa revisão com este estudo foram o “Débito cardíaco diminuído”, o “Volume de líquidos excessivos” e a “Mobilidade física prejudicada”, uma vez que a IC limita a tolerância do indivíduo quanto à mobilidade e causa retenção hídrica.

Identificou-se que as medidas não farmacológicas, com intervenções de toda a equipe interdisciplinar, são muito importantes na abordagem dos pacientes com fadiga, um dos principais fatores relacionados ao DE “*Deficit* no autocuidado para o banho”, principalmente levando-se em consideração as poucas opções de tratamento medicamentoso.⁴

Demonstrou-se que alguns medicamentos, como o anti-hipertensivos e os diuréticos, e as patologias, como o hipotireoidismo, o DM descompensado, os distúrbios hidroeletrólíticos, a hipóxia, a insuficiência cardíaca, dentre outros, foram considerados como causas da fadiga no paciente paliativo⁴ e, segundo a Academia Nacional de Cuidados Paliativos, programas de exercícios físicos podem trazer benefícios na funcionalidade e nos índices de qualidade de vida, mesmo em pacientes com doença avançada, além de terapias psicossociais, atividades de lazer, orientações quanto à adaptação do ambiente e atividades cotidianas, medidas para a higiene do sono e suportes psicológico, familiar e nutricional terem sido úteis no atendimento global desses pacientes.⁴

Observou-se, em um estudo, que o DE “Intolerância à atividade” identificou, como característica definidora, a “Dispneia aos esforços” em alguns pacientes¹¹. Informa-se que, neste estudo, a dispneia foi a característica definidora do DE “Débito cardíaco diminuído”, “Ventilação espontânea prejudicada” e “Volume de líquidos excessivos”.

Recomendam-se, pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos, como cuidados não farmacológicos para o alívio da dispneia, o decúbito elevado, os exercícios respiratórios, a avaliação quanto à postura, o apoio psíquico, espiritual e social, o planejamento de atividades de contenção de energia e as técnicas de relaxamento⁴. Justifica-se, então, o “Exercício prescrito” como uma das intervenções de Enfermagem elencadas.

Notou-se, de acordo com a literatura, em relação aos DE’s “Integridade tissular prejudicada” e “Risco de integridade da pele prejudicada”, durante o processo fisiológico

natural do morrer, que o corpo deriva sangue para a manutenção dos órgãos vitais, dificultando a prevenção de agressões externas à pele¹², o que pode explicar a frequência alta destes DE’s no estudo, além dos possíveis fatores vasculares e circulatórios.

Evidenciou-se, segundo a Academia Nacional de Cuidados Paliativos e em relação ao DE “Risco de constipação”, que as alterações do hábito intestinal foram queixas comuns entre os pacientes sob cuidados paliativos, sejam determinadas pela patologia de base e/ou pelo tratamento a ela direcionado, paliativo ou não.⁴

Considerou-se o manuseio da constipação, sempre que possível, por medidas não farmacológicas, como o aumento da ingestão de líquidos e de fibras na dieta, a atividade física e o respeito à privacidade do paciente no uso do banheiro e, sempre que possível, deve-se questionar o paciente sobre o seu hábito intestinal.⁴

Constatou-se, para o “Risco de constipação”, que as intervenções prescritas para os pacientes do estudo foram apenas o controle intestinal e a monitorização dos ruídos hidroaéreos.

Sugere-se, pela Sociedade Brasileira de Diabetes que, em relação ao DE “Risco de glicemia instável”, seja levado em consideração um controle glicêmico dos pacientes que recebem cuidados paliativos menos rígido, mas que, também, deve-se evitar a hiperglicemia acentuada e, principalmente, a hipoglicemia, com o objetivo de reduzir o sofrimento e a piora da qualidade de vida do paciente, dos cuidadores e da família¹³, fato este apresentado como intervenção de Enfermagem pelo controle da hiperglicemia e hipoglicemia para os pacientes do estudo.

Ressalta-se, para o DE “Dor aguda”, que, em pacientes oncológicos, segundo o Ministério da Saúde, a dor de intensidade moderada a intensa é relatada em 60% a 90% dos pacientes com câncer avançado¹⁴, porém, neste estudo, este DE foi frequente em somente 4% da amostra, o que evidencia a ausência de dor em pacientes cardiológicos, entretanto, 100% dos pacientes tiveram, como intervenções de Enfermagem, o controle da dor, mesmo que este diagnóstico tenha sido elencado somente para 4% da amostra, o que pode evidenciar também um suporte analgésico eficiente por parte da equipe multiprofissional.

Verificou-se, em uma revisão sistemática, que uma instituição realizou processo de

Enfermagem em 20 idosos hospitalizados em cuidados paliativos com insuficiência cardíaca e que apresentaram, como um de seus diagnósticos, o “Risco de infecção” e o “Deficit no autocuidado”^{11,15}, porém, não houve discussão sobre os mesmos neste estudo.

Constatou-se que os diagnósticos e as intervenções de Enfermagem que não foram discutidos indicaram a dificuldade de comparar os achados presentes com os de outros estudos.

Demonstrou-se, então, que, neste estudo, os diagnósticos e cuidados de Enfermagem identificados envolveram, única e exclusivamente, os cuidados relacionados aos domínios fisiológicos focando-se, principalmente, na parte clínica, sendo essa apenas uma das partes a ser desenvolvida.

Percebeu-se que os cuidados relacionados ao enfrentamento, à tolerância ao estresse, à ansiedade relacionada à morte e ao processo do morrer, aos princípios de vida e espiritualidade não foram relatados, tão pouco abordados, processos estes tão importantes quanto à clínica, quando se refere a um paciente em cuidado paliativo.

Sabe-se que o sofrimento precisa ser cuidado nas dimensões física, psíquica, social e espiritual, sendo essa perspectiva de cuidar holística fundamental porque proporciona dignidade à pessoa em fase final de vida¹⁵.

CONCLUSÃO

Considerou-se que o perfil clínico e socioeconômico do paciente cardiológico em cuidados paliativos, internados na UTI do hospital mencionado, foi identificado, sendo que as patologias prévias mais frequentemente encontradas foram a doença renal crônica agudizada, o infarto agudo do miocárdio, a miocardiopatia isquêmica, a parada cardiorrespiratória prévia, a hipertensão arterial sistêmica, a dislipidemia, a fibrilação atrial, o Diabetes Mellitus e o hipotireoidismo.

Tornaram-se os cuidados paliativos cada vez mais importantes nos sistemas e serviços de saúde, pois, para além do controle de sintomas, deve-se fornecer suporte espiritual e emocional, aos doentes e seus familiares, com a finalidade de prestar um cuidado holístico¹⁶, entretanto, evidenciou-se que estes aspectos não foram relatados neste estudo.

Constatou-se que tanto os diagnósticos, quanto as intervenções de Enfermagem foram todos relacionados ao domínio fisiológico do paciente, apresentando uma assistência pouco

focada em aspectos espirituais e emocionais do paciente cardiológico em cuidados paliativos.

Conclui-se que este estudo teve, como limitação, a ausência de evidências científicas, na literatura, que fortalecessem alguns diagnósticos e intervenções de Enfermagem específicos para pacientes cardiológicos em cuidados paliativos, visto que não foi possível relacionar alguns dos resultados encontrados.

Tornou-se relevante propor um estudo que evidencie um novo instrumento de Enfermagem a fim de documentar seus diagnósticos e suas intervenções, que englobem as necessidades do paciente por meio de uma visão holística, contemplando tanto as fisiológicas, quanto as espirituais e emocionais.

Propõe-se, após o término deste estudo, a criação de um grupo de estudos de cuidados paliativos, na instituição, que trabalhe com ações educativas para a equipe de Enfermagem visando à melhoria da assistência e o cuidado individualizado para esse grupo de pacientes.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Palliative care [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [cited 2018 Mar 25]. Available from: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
2. Worldwide Palliative Care Alliance, World Health Organization. Global atlas of palliative care at the end of life [Internet]. Geneva: WHO; 2014 [cited 2018 Jan 29]. Available from: <http://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>
3. Ziehm J, Farin E, Seibel K, Becker G, Koberich S. Health care professionals' attitudes regarding palliative care for patients with chronic heart failure: an interview study. *BMC Palliat Care*. 2016 Aug; 15:76. Doi: [10.1186/s12904-016-0149-9](https://doi.org/10.1186/s12904-016-0149-9)
4. Ziehm J, Farin E, Schafer J, Woitha K, Becker G, Köberich S. Palliative care for patients with heart failure: facilitators and barriers - a cross sectional survey of German health care professionals. *BMC Health Serv Res* (2016):16(a):361. Doi: [10.1186/s12913-016-1609-x](https://doi.org/10.1186/s12913-016-1609-x)
5. Sobanski P, Krajnik M, Beattie JM. Integrating the complementary skills of palliative care and cardiology to develop care models supporting the need of those with advanced heart failure. *Curr Opin Support*

Palliat Care. 2016. Mar; 10(1):8-10. Doi: [10.1097/SPC.0000000000000197](https://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000197)

6. McIlvennan CK, Allen LA. Palliative care in patients with heart failure. *BMJ*. 2016 Apr; 353:i1010. Doi: [10.1136/bmj.i1010](https://doi.org/10.1136/bmj.i1010).

7. Munoz-Mendoza J. Competencies in palliative care for cardiology fellows. *J Am Coll Cardiol*. 2015. Feb 24;65(7):750-2. Doi: [10.1016/j.jacc.2014.12.030](https://doi.org/10.1016/j.jacc.2014.12.030).

8. Abdollahimohammad A, Firouzkouhi M, Amrollahimishvan F, Alimohammadi N. Nurses versus physicians' knowledge, attitude, and performance on care for the family members of dying patients. *Korean J Med Educ*. 2016 Mar; 28(1):79-85. Doi: [10.3946/kjme.2016.12](https://doi.org/10.3946/kjme.2016.12)

9. Souza JM, Alves ED. Nursing competencies for palliative care in home care. *Acta Paul Enferm*. 2015; 28(3):264-9. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500044>.

10. Gamondi C, Larkin P, Payne S. Competencias centrais em cuidados paliativos: um guia orientador da EAPC sobre educação em cuidados paliativos - parte 1. *EJPC* [Internet]. 2013 [cited 2018 Jan 18];20(2):86-91. Available from: <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=jt5AxBB-azi%3d&tabid=1948>

11. Parry S. The quest for competencies: competency studies can help you make HR decision, but the results are only as good as the study. *Training*. 1996 July. 33:48-5.

12. Reigada C, Pais-Ribeiro JL, Novellas A, Pereira JL, Novellas A. Family Support in Palliative Care. *Textos contextos*. 2014; 13(1):159-69. Doi: [10.15448/1677-9509.2014.1.16478](https://doi.org/10.15448/1677-9509.2014.1.16478)

13. Silva MM, Santanda NGM, Santos MC, Cirilo JD, Barrocas DLR, Moreira MC (2015). Palliative care in highly complex oncology care: perceptions of nurses. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2015 July/Sept;19(3):460-6. Doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150061>

14. Oliveira MC, Gelbcke FL, Rosa LM, Vargas MAO, Reis JBG. Palliative care: nurses vision of a teaching hospital. *Enferm Foco*. 2016;7(1):28-32. Doi: [10.21675/2357-707X.2016.v7.n1.661](https://doi.org/10.21675/2357-707X.2016.v7.n1.661)

15. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JGF, Coats AJS, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J*.

2016 July; 37(27):2129-2200. Doi: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw128>

16. Bichara VM, Santillán J, Rosa R, Estofan L. Depresión en insuficiencia cardíaca crónica: causa o consecuencia. *Insuf Card* [Internet]. 2016 [cited 2017 July 25];11(4): 173-200. Available from: <http://www.scielo.org.ar/pdf/ic/v11n4/v11n4a04.pdf>

17. Luiz MM, Mourão Netto JJ, Vasconcelos AKB, Brito MCC. Palliative nursing care in the elderly in UCI: an integrative review. *J Res Fundam Care Online*. 2018 Apr/June; 10(2):585-92. Doi: [10.9789/2175-5361.2018.v10i2.585-592](https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i2.585-592)

18. Weaver SJ, Dy SM, Rosen MA. Team-training in healthcare: A narrative synthesis of the literature. *BMJ Qual Saf*. 2014 May; 23(5):359-72. Doi: [10.1136/bmjqs-2013-001848](https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-001848)

19. Hjelmfors L, Strömberg A, Friedrichsen M, Martensson J, Jaarsma T. Communicating prognosis and end-of-life care to heart failure patients: A survey of heart failure nurses' perspectives. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2014 Apr; 13(2):152-61. Doi: [10.1177/1474515114521746](https://doi.org/10.1177/1474515114521746)

20. Cervelin AF, Kruse MH. Spirituality and religiosity in palliative care: learning to govern. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2014 Jan/Mar; 18(1):136-42. Doi: [10.5935/1414-8145.20140020](https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140020)

21. Paiva FCLP, Junior JJA, Damásio AC. Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2014; 22(3):550-60. Doi: [10.1590/1983-80422014223038](https://doi.org/10.1590/1983-80422014223038)

22. Silva MM, Santanda NGM, Santos MC, Cirilo JD, Barrocas DLR, Moreira MC. Cuidados paliativos na assistência de alta complexidade em oncologia: percepção de enfermeiros. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2015 July/Sept; 19(3):460-6. Doi: [10.5935/1414-8145.20150061](https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150061)

Submissão: 28/02/2018

Aceito: 04/09/2018

Publicado: 01/11/2018

Correspondência

Thaís Gassi Guerra Pedrão
Av. Doutor Dante Pazzanese, 500
Bairro Vila Mariana
CEP: 04012-909 – São Paulo (SP), Brasil