

Cardiomiopatia não compactada: estudo de caso sob a ótica da sistematização da assistência de enfermagem

Noncompaction cardiomyopathy: a case study from the nursing process perspective

Eduardo Malta de Carvalho¹ • Priscila Cristina da Silva Thiengo² • Cristiane Helena Gallasch³ • Eugenio Fuentes Pérez Júnior⁴ • Thelma Teti Toledo⁵ • Maria Carolina Salmora Ferreira-Sae⁶

RESUMO

Objetiva-se identificar os principais diagnósticos de enfermagem do cliente portador de miocardiopatia não-compactada, descrevendo as intervenções de enfermagem associadas. Trata-se de um estudo de caso clínico, embasado na identificação de problemas, elaboração dos diagnósticos de enfermagem segundo a taxonomia NANDA 2015-2017; e a implementação de intervenções, a partir dos registros em prontuário da Sistematização da Assistência de Enfermagem e outros dados clínicos. Estudo desenvolvido em um hospital universitário na cidade do Rio de Janeiro, com coleta de dados entre março e maio de 2015. Evidenciou-se diagnósticos de ansiedade, débito cardíaco diminuído, falta de adesão e disposição para autocontrole da saúde melhorado. Conclui-se a evidente relação entre a falta de adesão à terapêutica proposta e as repercussões patofisiológicas. O plano de ação, de *expertise* do enfermeiro, pode identificar padrões de comportamento e planejar ações para educação do cliente para auto-avaliação de sinais e sintomas de descompensação, melhorando a qualidade de vida.

Palavras-chave: Cardiomiopatia Dilatada; Avaliação em Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem.

ABSTRACT

The aim is to identify the main nursing diagnoses applied to patients with noncompaction cardiomyopathy and the associated nursing interventions. This is a case study, based on care problems identification, with the development of nursing diagnoses according to NANDA taxonomy 2015-2017; and the interventions, based on the nursing care records and other medical data. The study was conducted in a public hospital in the city of Rio de Janeiro, with data collection between 2015 March and May. The results showed anxiety, decreased cardiac output, compliance behavior and willingness to self-management of have current living were considered as important nursing diagnoses. It concludes that the evident relationship between the lack of compliance to the proposed therapy and pathophysiological implications. The action plan and nursing expertise can identify behavioral patterns and actions for patient education for self-assessment of signs and symptoms of health status decrease, improving the quality of life.

Keywords: Dilated Cardiomyopathy; Nursing Assistance; Nursing Diagnosis.

NOTA

¹ Enfermeiro. Graduado pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) / Faculdade de Enfermagem. Especializando em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (FIOCRUZ). E-mail: eduardomaltacarv@gmail.com.

² Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Professora Assistente Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) / Faculdade de Enfermagem. E-mail: profprithiengo@gmail.com.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) / Faculdade de Enfermagem. E-mail: cristiane.gallasch@gmail.com.

⁴ Enfermeiro. Doutorando em Enfermagem. Professor Assistente da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) / Faculdade de Enfermagem. E-mail: eugeniopezjunior@gmail.com.

⁵ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Assistente da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) / Faculdade de Enfermagem. E-mail: thelmatoledo@gmail.com.

⁶ Enfermeira. Mestre em Enfermagem e Doutora em Ciências Médicas pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) / Faculdade de Ciências Médicas. E-mail: mariacarolinasae@gmail.com.

Autor correspondente: Cristiane Helena Gallasch. Boulevard 28 de Setembro, 157. Vila Isabel, Rio de Janeiro- RJ. CEP: 20551-030. Telefone: (21) 2868-8236.

Os autores declaram não haver conflito de interesse nem fontes de financiamento.

INTRODUÇÃO

Cardiomiopatas referem-se a qualquer doença do miocárdio, não explicada por estreitamento da artéria coronária ou funcionamento anormal dos ventrículos, com transtornos associados às células cardíacas ou à matriz extracelular, sendo a maior parte dos casos ligados a mutações genéticas individuais, que afetam de diferentes maneiras estrutura e o funcionamento do miocárdio, e estão presentes em um pequeno índice da população. Atualmente, a classificação destes distúrbios é realizada a partir da morfologia e função ventricular¹.

A Miocardiopatia Não Compactada (MCNC) é uma desordem rara, classificada como cardiomiopatia primária geneticamente determinada pela Associação Americana de Cardiologia. A forma isolada da não compactação miocárdica foi primeiramente relatada em 1990 e consiste em uma patologia causada por uma provável falha embrionária, com alterações histopatológicas no tecido miocárdio caracterizado por trabeculações miocárdicas ventriculares proeminentes, recessos intertrabeculares profundos e espessamento do miocárdio².

O principal meio diagnóstico é realizado por meio do exame de ecocardiogramatranstorácico para a detecção da miocardiopatia não compactada. Em pessoas adultas, estima-se incidência entre 0,1% e 27%. Já na população mundial, o diagnóstico acontece entre 0,14% e 1,3% dos casos, e a incidência é prevista de 8 a 10%, correspondendo a 5% e 25% por ano em exames de ecocardiogramatranstorácico. Os homens geralmente são mais acometidos que as mulheres, sendo essa prevalência, no sexo masculino, entre 56% e 82%³.

Ressalta-se que não existem no Brasil informações individualizadas e disponíveis sobre a MCNC, e esta patologia está incluída nos sistemas de dados referentes à saúde na categoria de doenças cardiovasculares, sendo que, em 2009, as Doenças Cardiovasculares (DCV) representaram 962.931 mortes entre indivíduos com mais de 30 anos⁴. No Brasil, as doenças cardiovasculares representam a terceira causa de morte, sendo uma das principais causas de internação hospitalar⁵.

A MCNC, assim como as doenças cardiovasculares, exige, na maioria das vezes, tratamento em regime de internação hospitalar por apresentar manifestações clínicas que necessitam de suporte farmacológico e monitorização cardíaca contínua. As principais manifestações clínicas da miocardiopatia não compactada são: dispnéia em torno de 79% dos casos, insuficiência cardíaca (IC) classe funcional III e IV em média de 35%, a dor torácica e a fibrilação atrial crônica a 26% dos casos³.

Vale ressaltar que o diagnóstico precoce está atrelado às comorbidades associadas às cardiomiopatas de uma maneira geral, que causam, em sua maioria, internações por descompensação do quadro cardiovascular. O diagnóstico de doenças crônicas em adultos jovens é de extrema importância para o bom prognóstico e a não

descompensação cardiovascular, mas está associado a um seguimento terapêutico próximo e muito focado na responsabilização do paciente pelo seu tratamento. Neste contexto é relevante a implementação, pelo enfermeiro, de medidas terapêuticas através de programas de educação voltados a adesão ao tratamento para a não descompensação do quadro cardiovascular³.

Durante o processo de hospitalização, o cliente acometido necessita de uma equipe multiprofissional, podendo ser constituída por: fisioterapeutas, nutricionistas, médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem. À equipe de enfermagem cabe a responsabilidade de, por meio da sistematização da assistência, planejar, implementar e avaliar os cuidados em consonância com as necessidades do cliente, detectando precocemente sinais e sintomas de complicações, além de contribuir para seu bem estar⁶.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é a dinâmica das ações sistematizadas e interrelacionadas, que viabiliza a organização da assistência de enfermagem. Representa uma abordagem de enfermagem ética e humanizada, dirigida à resolução de problemas, atendendo às necessidades de cuidados de saúde e de enfermagem de uma pessoa. O Processo de Enfermagem é um método sistematizado de prestação de cuidados que visa a obtenção de resultados desejados. É sistemático por se constituir de etapas, durante as quais, são dados passos deliberados para potencializar a eficiência e atingir resultados benéficos⁶.

Posteriormente, baseados nesses registros, surgem os diagnósticos de enfermagem que estão pautados segundo o critério de classificação estabelecida pela *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA). Os sistemas de classificação pautados nessa taxonomia utilizam os instrumentos que configuram aperfeiçoamento da confiança, viabilidade e validade da enfermagem na documentação⁷.

Partindo desses princípios, apesar da baixa incidência e das peculiaridades associadas ao diagnóstico da MCNC, esta patologia e suas comorbidades apresentam um quadro interessante para intervenções de enfermagem voltadas à redução dos quadros de descompensação e melhora da qualidade de vida dos indivíduos afetados. Seja no ambiente hospitalar, ou no atendimento ambulatorial, questiona-se quais são os principais diagnósticos de enfermagem apresentados pelo cliente portador acometido por miocardiopatia não compactada e as intervenções de enfermagem que devem ser implementadas?

O presente estudo consiste em um estudo de caso de um cliente portador de miocardiopatia não compactada e têm por objetivos identificar os principais diagnósticos utilizando a taxonomia estabelecida de NANDA e associar a estas as intervenções de enfermagem relacionadas ao cliente portador de miocardiopatia não compactada.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de caso, exploratório, retrospectivo e de análise documental, associado à Sistematização da

Assistência em Enfermagem (SAE), aplicando-se o Processo de Enfermagem à luz da taxonomia estabelecida pela *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)* e seus elementos teóricos/organizativos.

O estudo de caso é um estudo aprofundado de uma unidade, grupo ou indivíduo, de forma bem delimitada e contextualizada, em sua complexidade e em seu dinamismo próprio, fornecendo informações relevantes para a tomada de decisão. Para isso, ele precisa seguir as etapas metodológicas delimitadas pela literatura para delineamento do estudo de caso: coleta de dados; seleção, análise e interpretação dos dados e elaboração do relatório do caso⁸.

O estudo foi realizado em uma unidade de internação da área clínica de um hospital universitário situado no município do Rio de Janeiro, onde foi selecionado um caso de miocardiopatia não compactada. Foram coletados dados documentais registrados em prontuário, incluindo: idade, profissão, sexo, história da doença atual, história patológica pregressa, antecedentes pessoais e familiares, queixas registradas e exame físico realizado pela enfermagem.

Por tratar-se de pesquisa documental, este estudo está de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/2012, que envolve pesquisas realizadas direta ou indiretamente com seres humanos e foi submetido ao Comitê de Ética, obtendo o parecer favorável sob número CAAE 1.258.713.

RESULTADOS

Histórico de Enfermagem

Cliente do sexo masculino, 34 anos, casado, pai de um filho, morador da baixada fluminense, Rio de Janeiro, morador de casa de alvenaria com saneamento básico, monitor em escola. Apresenta antecedente familiar de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM) tipo II e glaucoma. O pai faleceu após infarto agudo do miocárdio (IAM). Refere uso anterior de cannabis e etilismo social. No momento da internação, negou uso de entorpecentes, etilismo ou tabagismo.

Portador de síndrome de miocardiopatia não compactada associada à insuficiência cardíaca congestiva, com diagnóstico confirmado aos 18 anos de idade, sem adesão ao seguimento com a equipe cardiovascular e em atendimento ambulatorial. Internado em 27 de março de 2015 em virtude de síndrome hemorrágica, com hemoptise maciça, insuficiência cardíaca congestiva, síndrome cardiorrenal tipo III e síndrome da resposta inflamatória, quadro este atribuído a não adesão terapêutica e ao uso inadvertido Varfarina 10mg/dia por quatro dias. Constatado o diagnóstico de infarto pulmonar multiterritorial cardioembólico, com tromboembolismo endovascular de câmaras direitas associado a acidente cumarínico, foi submetido a hemotransfusão de três unidades de plasma fresco congelado, com reversão de quadro

discrásico. Evoluiu com cavitações e infecções secundárias das lojas segmentares pulmonares, com conseqüente hemopneumotórax à direita.

Dos 70 dias internado, permaneceu 52 dias com o dreno de tórax anterior (número 1) e 37 dias com o dreno de tórax posterior (número 2), dos quais 21 dias após 'drenagem aberta' em saco coletor. Realizada terapia antibiótica parenteral com os seguintes esquemas antibióticos: 1) Levofloxacino por dez dias; 2) Imipenem associado à Vancomicina por três dias; e 3) Ceftazidima por dez dias devido ao crescimento de *pseudomonas sp* na cultura do líquido pleural.

Durante o período de internação, apresentou síndrome catecolaminérgica clinicamente manifesta, com taquicardiomiopatia, ritmo atrial multifocal eprecórdio hiperdinâmico, presumivelmente secundária à depleção do volume intra-arterial efetivo pelo uso de diuréticos, com resposta satisfatória à prova de hidratação venosa por alíquotas. Cabe destacar que o mesmo apresentou quadro clínico semelhante em 2008. Na época, isolada *klebsiela pneumoniae* no lavado broncoalveolar tratado com Ceftriaxone+Clindamicina sem resposta satisfatória, sendo então iniciada nova terapêutica com Piperacilina+Tazobactam, quando em obteve alta hospitalar com tratamento ambulatorial em uso Ampicilina+Sulbactam. O quadro 1 apresenta resumo da investigação clínico-laboratorial e de imagem realizada.

Ao exame físico, encontrava-se lúcido, orientado, auto e halopsiquicamente, responsivo, cooperativo, ansioso por não ver o filho de seis anos há bastante tempo e por estar afastado temporariamente do emprego. Restrito ao leito com cabeceira elevada a 45° graus, apresentava e tosse com hemoptise de leve intensidade e secreção com coloração violácea observada no momento do exame. Foi submetido à drenagem em hemitórax direito com colocação dreno torácico anterior e posterior. Referia forte dor na localização dos drenos torácicos e relata que "*não ter dormido bem devido ao incômodo das intercorrências noturnas da enfermagem, o que ocasionava necessidade de cochilos durante o dia*". Acuidades visual e auditiva normais. Pupilas isocóricas e fotorreagentes, mucosas íntegras, reflexo motor preservado. Ao exame do tórax, ausculta pulmonar com murmúrios vesiculares universalmente audíveis e estertores em base direita. Em uso de oxigenioterapia de suporte por meio de macronebulização contínua com fluxo de 3L/min. Ausculta cardíaca irregular, com bulhas hipofonéticas, com terceira bulha, apresentando sopro em foco tricúspide. Abdôme plano, flácido, peristáltico, indolor à palpação superficial e profunda. Diurese em cateter vesical de demora com oligúria (250ml/24hs). Pele íntegra e com boa perfusão tissular. Sinais vitais: Pressão arterial: 90mmHgx60mmHg; Pulso radial: 124bpm; Frequência respiratória: 18ipm; peso: 74,5Kg; Altura: 1,78m. Alta hospitalar em 04/06/2015 seguindo em tratamento ambulatorial.

Com base nos dados apresentados, procedeu-se à

Quadro 1. Investigação clínica-laboratorial e de imagem. Rio de Janeiro, 2015.

Data	Método de investigação	Resultados
27/03/15	Hemograma Bioquímica Coagulograma Ecocardiogramatranstorácico	Hemoglobina 13,5g; leucócitos totais 21000 com 10% bastões; Plaquetas 215000. Desidrogenase láctica (LDH) 468; Cálcio 8.4; Fósforo 5.7; Potássio 5.4; dosagem de polímero DÍMERO 3.0; Uréia 97; Creatinina 2.1. Índice internacional normalizado (INR) 2.85; tempo de tromboplastina parcial (PTT) incoagulável. Fração de ejeção de 18%; aumento das quatro câmaras cardíacas, com aspecto sugestivo de miocárdio não compactado; presença de volumoso trombo mural de ventrículo esquerdo medindo 4,2x1,6cm; disfunção sistólica global do ventrículo direito e esquerdo devido a hipocinesia difusa e disfunção diastólica grau III; Insuficiência Mitral leve; insuficiência tricúspide moderada; sinais de hipertensão de artéria pulmonar (pressão sistólica de artéria pulmonar 48 mmHg); veia cava inferior congesta.
10/04/15	Análise microbiológica e bioquímica do líquido pleural Pesquisa de Bacilos Álcool Ácido Resistentes (BAAR) e Micológica Tomografia de Tórax	Glicose 77; proteínas 3.2; Desidrogenase láctica (LDH) 1602 Negativo Infartos pulmonares multiterritoriais com cavitações apresentando níveis hidroaéreos, sobretudo à direita, com correspondência radiológica contralateral de menor expressão, tomografias subsequentes com melhora evolutiva do padrão de infarto e reexpansão parcial dos segmentos acometidos sendo maior percentual no lobo médio.
16/04/15	Eletrocardiograma (ECG)	Ritmo sinusal com frequência cardíaca de 120 batimentos por minuto com alterações sugestivas de sobrecarga de câmaras esquerdas.

Fonte: dados da pesquisa.

elaboração dos diagnósticos de enfermagem, fase na qual o enfermeiro realiza a análise, o julgamento, a percepção e interpretação dos dados clínicos obtidos e que evidenciam situações que demandem intervenções. Os diagnósticos de enfermagem baseiam-se tanto nos problemas reais quanto nos potenciais, ou seja, naqueles que podem surgir no futuro como complicações⁹.

DISCUSSÃO

A síndrome cardiorenal consiste em um evento patofisiológico que envolve coração e rins, com disfunção aguda ou crônica de um dos dois órgãos, levando a uma disfunção aguda ou crônica do outro órgão¹⁰. Subdivide-se em cinco tipos, desde agudo até crônico. Os quatro primeiros subtipos dessa síndrome acarretam uma súbita perda da função cardíaca, ocasionando a lesão renal aguda; e o tipo 5 consistena síndrome cardiorenal secundária. Posteriormente, as anomalias crônicas levam a doença renal progressiva que originará a lesão cardíaca aguda. Quando acontece a lesão renal e suas anomalias crônicas, ocorre também o encadeamento de eventos como diminuição da função cardíaca, hipertrofia cardíaca e maiores de riscos de eventos cardiovasculares. E, por fim, a existência de uma doença sistêmica como a sepse contribui de sobremaneira e simultaneamente para a disfunção cardiorenal¹¹.

A Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS) é definida pela temperatura, frequência cardíaca e ventilação minuto anormais, e pode ocorrer devido a causas infecciosas

ou não infecciosas. Caso não haja um tratamento efetivo da infecção poderá causar uma disfunção múltipla de órgãos, a qual aparece como a maior causa de morte em unidade de terapia intensiva¹².

Neste contexto, o quadro 2 resume os principais diagnósticos de enfermagem para o caso estudado, seguidos dos respectivos domínios e classes definidos por NANDA.

A seguir, são descritos os diagnósticos de enfermagem relacionados aos problemas levantados, e respectivos intervenções e resultados.

O primeiro diagnóstico de enfermagem foi o de *ansiedade*, relacionada à ameaça à condição atual, devido à internação hospitalar, caracterizada por preocupações devido à mudança em eventos da vida, com apreensão quanto ao afastamento de suas atividades sociais e laborais. Como intervenções foram estabelecidas a relação terapêutica empática e o respeito, estar disponível e atento para ouvir e dialogar com o paciente, fornecer informações exatas sobre sua situação de saúde e proporcionar contato físico para atenuar seus medos e transmitir segurança. Os resultados obtidos/esperados foram a redução e o autocontrole da ansiedade e a melhora no enfrentamento da doença, facilitando inclusive a adesão ao tratamento proposto.

No que se refere a este diagnóstico, vale assinalar que a depressão e doenças cardiovasculares são consideradas, dentre as doenças crônicas, como enfermidades de maior

Quadro 2. Principais diagnósticos de enfermagem de acordo com NANDA 2015-2017.

Diagnóstico de Enfermagem	Domínio	Classe
Ansiedade relacionada à ameaça da condição atual caracterizada por preocupações devido à mudança em eventos da vida	9. Enfrentamento / Tolerância ao estresse	2. Respostas ao enfrentamento.
Débito cardíaco diminuído relacionado à contratilidade alterada, pré e pós-carga alteradas e volume sistólico alterado, caracterizado por tosse com hemoptise de leve intensidade e secreção com coloração violácea observada no momento do exame e alterações eletrocardiográficas, alteração da pressão sanguínea, oligúria, fração de ejeção diminuída e presença de terceira bulha cardíaca (B3).	4. Atividade / Repouso	4. Respostas cardiovasculares / Pulmonares
Dor Aguda relacionada a inserção de drenos torácicos	12. Conforto	1. Conforto Físico 2. Controle da Saúde
Falta de adesão relacionada à dificuldade de relacionamento cliente-provedor e duração prolongada do regime, caracterizada por comportamento de falta de adesão e exacerbação dos sintomas,	1. Promoção da saúde	2. Controle da Saúde
Disposição para autocontrole da saúde melhorado caracterizado por desejo de melhorar o controle dos regimes prescritos e o controle dos sintomas.	1. Promoção da saúde	2. Controle da Saúde

Fonte: Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017⁹.

impacto na qualidade de vida do indivíduo. Os sintomas de ansiedade e depressão estão relacionados à maior incidência de morte por doença cardíaca em pacientes propensos a tal e podem interferir na cura e o bem estar do paciente, assim como a queda de interesses pessoais e dos seus relacionamentos sociais, podendo agravar o seu quadro clínico¹³.

Além disso, é importante refletir sobre os fatores estressores psicossociais relativos à hospitalização, que podem influenciar neste diagnóstico, tais como o medo da evolução da doença; o isolamento social por estar longe de seus familiares e sua residência; e a perda da autonomia e a impossibilidade de realizar suas atividades cotidianas¹⁴. Tendo em vista a gravidade da doença do paciente e a insegurança causada pelo enfrentamento de condições adversas provocadas durante a internação hospitalar, a ansiedade deve ser abordada de forma enfática pela equipe de enfermagem sendo considerado um problema de grande relevância durante a internação e, posteriormente, na sua alta.

Cabe ressaltar a descrição da síndrome pós-hospitalização, definida como um resultado da ação de diferentes estressores que se impõe ao paciente durante a internação, tornando-o vulnerável. Como consequência, múltiplas intercorrências com impacto profundo após a alta hospitalar aparecem, promovendo readmissões e impondo custo adicional ao sistema de saúde¹⁵⁻¹⁶.

Os mecanismos envolvidos na síndrome provocam anormalidades orgânicas, tais como imunodepressão, hipercoagulabilidade e aumento da atividade simpática. Estes mecanismos podem estar associados a tipos diferentes de fatores estressantes que ocorrem durante a internação ou por consequência da doença de base. Estes incluem os sons constantes de alarmes, baixas/altas temperaturas e excesso de luminosidade, modificam o ritmo circadiano e a qualidade do sono do paciente. Além das múltiplas coletas

de sangue para exames complementares que provocam dor e desconforto, o paciente sofre ainda de fatores de ordem física, emocional, psíquica e espiritual. Tais fatores resultam em uma taxa maior de eventos cardiovasculares e cerebrovasculares, além de agravarem déficits cognitivos e motores e contribuírem para múltiplas vulnerabilidades que se instalam durante a hospitalização¹⁵⁻¹⁷.

O segundo diagnóstico de enfermagem foi de *débito cardíaco diminuído* relacionado à contratilidade alterada, pré e pós-cargas alteradas e volume sistólico alterado caracterizado por tosse com hemoptise de leve intensidade e secreção com coloração violácea observada no momento do exame. Além disso, o desenvolvimento da insuficiência cardíaca congestiva e a síndrome cardiorenal, está caracterizado por alterações eletrocardiográficas, alteração da pressão sanguínea, oligúria, fração de ejeção diminuída e presença de terceira bulha cardíaca (B3), evidenciados na piora clínica e pelos exames laboratoriais e de imagem complementares.

Como intervenções buscaram-se avaliar a função cardiovascular e o risco iminente de arritmia; redução do esforço cardíaco mantendo o paciente em repouso no leito; monitorização cardíaca constante para observação de sua dinâmica; avaliação do nível de consciência; registrar em intervalos regulares as variações nos parâmetros da pressão sanguínea (hipotensão ortostática); reconhecer a presença de B3; observar sinais de complicações renais (oligúria); realização de balanço hídrico a fim de controlar volume de líquidos; posicionamento adequado do paciente no leito; reduzir esforço físico. Como resultados obtidos/esperados almejou-se a melhora do quadro clínico do paciente por meio da conservação de energia e, conseqüentemente a redução do esforço cardíaco; a prevenção de danos cardiovasculares e renais.

Este diagnóstico o levou à um *padrão respiratório prejudicado* e, como intervenção de enfermagem buscou-

se conhecer condições clínicas do grau da insuficiência cardíaca congestiva e seus agravamentos; manter via aérea pérvia; observar e registrar valores na oximetria de pulso e atentar para valores de saturação de oxigênio abaixo de 90%; oxigenoterapia contínua; manter elevação do leito a 45°; repouso no leito; monitorar nível de consciência e sinais vitais. Como resultados obtidos/esperados almejam-se a melhoria do padrão respiratório e adequação da desobstrução pulmonar para a realização das trocas gasosas.

É importante ressaltar que o paciente permaneceu um longo período de internação com drenos de tórax e assim, aumentando o risco de infecção associada a esse dispositivo.

O terceiro diagnóstico de enfermagem trata da *dor aguda*, relacionada à inserção de drenos torácicos. Como intervenção buscou-se determinar a frequência necessária para fazer a avaliação do conforto do paciente e implementar um plano de monitoramento, a partir da avaliação da dor, incluindo local, características, início/duração, frequência, qualidade, intensidade e gravidade, além dos fatores precipitadores; observar a ocorrência de indicadores não verbais de desconforto; Investigar os fatores que aliviam/pioram a dor; avaliar com o paciente e a equipe, cuidados de saúde e eficácia de medidas para o controle da dor; informar sobre a dor, suas causas, duração e desconfortos antecipados em decorrência dos procedimentos; controlar fatores ambientais capazes de influenciar a resposta do paciente ao desconforto; reduzir ou eliminar fatores ambientais que precipitam ou aumentam a experiência de dor; administrar analgésicos quando prescritos; encorajar o paciente monitorar a própria dor e intervir de forma adequada.

O quarto diagnóstico de enfermagem versa sobre a *falta de adesão*, relacionada à dificuldade de relacionamento cliente-provedor e duração prolongada do regime, com falha no esquema medicamentoso, caracterizada por comportamento de falta de adesão e exacerbação dos sintomas, com uso inadvertido de medicamento e comprometimento do seu estado geral de saúde. Como intervenção buscou-se identificar as vulnerabilidades do cliente como a compreensão da necessidade do tratamento, seu nível de escolaridade e a condição social que se insere, adaptar as orientações de acordo com o seu nível de compreensão, orientar sobre os fatores de risco e quanto à importância da adesão ao tratamento e sua continuidade para o controle da patologia, orientá-lo quanto aos sinais e sintomas precoces de complicações relacionados à terapia prescrita, e/ou à evolução da patologia e realizar orientações a respeito do tratamento proposto ao paciente juntamente com a equipe multidisciplinar.

Era considerado resultado esperado a busca pela modificação do comportamento relacionado ao enfrentamento da doença, a partir do conhecimento gerado por meio de ações de educação em saúde, porém não foi possível o acompanhamento pós-alta.

Estudos têm demonstrado que, além do tratamento farmacológico, o cuidado de pacientes cardiopatas por uma equipe multidisciplinar reduz as taxas de mortalidade e re-hospitalização além de melhorar a qualidade de vida dos pacientes após alta hospitalar. A educação em saúde planejada e executada como estratégia do cuidado de enfermagem inclui orientações referentes ao conhecimento sobre a doença, adesão medicamentosa, peso diário, restrição de sal e líquidos, dieta balanceada e orientada, não ingestão de bebida alcoólica, abandono do tabagismo, assiduidade em consultas e exames, e ainda, a identificação precoce de sinais ou sintomas de piora e comunicação eficaz com a equipe de saúde. Sendo assim, a educação em saúde tem sido apontada como um importante fator contribuinte da redução de custos relacionado ao tratamento destes pacientes por meio da promoção da saúde¹⁸.

E o quarto diagnóstico de enfermagem que refere-se à *disposição para autocontrole da saúde melhorada*, o caracterizado por desejo de melhorar o controle dos regimes prescritos e o controle dos sintomas, com verbalização do desejo do equilíbrio de sua condição de saúde e retomada de suas atividades habituais. Como intervenção buscou-se identificar condições de vulnerabilidades do cliente, estabelecer plano de mudança de estilo de vida a ser adotado para minimizar as vulnerabilidades relacionadas à patologia, orientar sobre os fatores de risco e quanto à importância da adesão ao tratamento e sua continuidade para o controle da patologia, orientar o cliente e seu cuidador quanto aos sinais e sintomas precoces de complicações relacionados à terapia prescrita, e/ou à evolução da patologia e orientá-los quanto à importância da reavaliação periódica em regime ambulatorial do cliente no período pós-alta. Como resultados obtidos/esperados, almejam-se um comportamento relacionado à busca pela melhora da saúde.

Diante desses aspectos, a busca pela reabilitação do cliente pelo enfermeiro se faz presente nos conceitos e princípios da assistência de enfermagem, que prevê a promoção da saúde, a prevenção de doenças, a redução da deficiência, incapacidade e desvantagem. Assim, as potencialidades preexistentes no indivíduo podem ser restauradas. O reconhecimento do paciente frente às suas potencialidades é um dos maiores desafios da reabilitação que, na maioria das vezes, depara-se com um indivíduo focado em suas limitações e, assim, considerado passivo ao tratamento¹⁹.

Portanto, identificar a necessidade de prover subsídios a esse indivíduo, para que ele esteja disposto a reassumir o controle de sua vida e de sua saúde, é parte imprescindível do processo de reabilitação. Nesse sentido, a presença do diagnóstico *falta de adesão*, mostra o quão desafiador é o papel do enfermeiro reabilitador. Neste caso, observou-se, principalmente, a baixa adesão à correta terapia medicamentosa e a automedicação comprometendo seu estado geral de saúde.

CONCLUSÃO

O objetivo deste estudo foi identificar os principais diagnósticos e associar às intervenções de enfermagem relacionadas ao cliente portador de Miocardiopatia Não Compactada (MCNC), uma desordem rara de origem genética o qual que altera histopatologicamente o miocárdio de forma que acarreta complicações para a saúde do paciente.

Apesar das repercussões importantes, não somente em termos cardiovasculares dessa patologia, uma boa abordagem terapêutica, principalmente com ações voltadas para a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, visando o conhecimento dos comportamentos adequados em saúde para prevenção da descompensação do quadro clínico, beneficiaria o cliente e poderia evitar reinternações.

Este plano de ação é de *expertise* do enfermeiro que pode não somente avaliar as necessidades de prescrição de cuidados tanto numa abordagem de plano de alta quando em nível ambulatorial e assim identificar padrões de comportamento em saúde que poderiam ser trabalhados para melhora da adesão ao tratamento.

A educação do cliente sobre a auto-avaliação de sinais e sintomas de descompensação e a identificação dos comportamentos que atrapalham a adesão a terapia seriam os próximos passos na conduta do Enfermeiro para buscar melhorar a qualidade de vida desse indivíduo mesmo com as co-morbidades já instaladas.

Para que essa abordagem seja feita foi de fundamental importância inicial a avaliação do caso com o foco nas ações de enfermagem de acordo com os diagnósticos que fundamentam a assistência e a qualidade do cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Elliot PM. Classification of Cardiomyopathies: Evolution or Revolution? J Am Coll Cardiol [Internet]. 2013 [acesso em 08 set 2015]; 62(22): 2073-2074. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24263074>.
2. Rosa LV, Salemy VMC, Alexandre LM, Mady C. Noncompaction cardiomyopathy: a current view. ArqBrasCardiol [Internet]. 2011 [acesso em 08 set 2015]; 97(1): e13-e19. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v97n1/v97n1a21.pdf>.
3. Kulharia A, Kalra N, Sila C. Noncompaction Cardiomyopathy and Stroke: Case Report and Literature Review. J Stroke Cerebrovasc Dis [Internet]. 2015 [acesso em 03 nov 2015]; 24(8): e213-e217. Disponível em: [http://www.strokejournal.org/article/S1052-3057\(15\)00207-4/pdf](http://www.strokejournal.org/article/S1052-3057(15)00207-4/pdf).
4. Mansur AP, Favarato D. Mortality due to cardiovascular diseases in Brazil and in the metropolitan region of São Paulo: a 2011 update. ArqBrasCardiol [Internet]. 2012 [acesso em 08 set 2015]; 99(2). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v99n2/aop05812.pdf>.
5. Ministério da Saúde (BR). Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
6. Horta WA. Processo de Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2015.
7. Peres HHC, Da Cruz DAL, Tellez M, Silva RCG, Diogo RCS, Ortiz DCF et al. Nursing Clinical Documentation System Structured on NANDA-I, NOC, and NIC Classification Systems. Stud Health Technol Inform [Internet]. 2015 [acesso em 03 nov 2015]; 216(943). Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26262245>.
8. Pereira LTK, Godoy DMA, Terçariol D. O estudo de caso como procedimento de pesquisa científica: reflexão a partir da clínica fonoaudiológica. PsicolReflexCrit [Internet]. 2007 [acesso em 08 set 2015]; 22(3): 423-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v22n3/v22n3a13.pdf>.
9. Herdman TH, Kamitsuru S (Org). NANDA International. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017. Porto Alegre: Artmed; 2015.
10. Miranda SP, Macedo MRN, Silva Júnior GB, Daher EF. Cardio-renal syndrome: pathophysiology and treatment. RevAssocMedBras [Internet]. 2009 [acesso em 03 nov 2015]; 55(1): 89-94. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Geraldo_Silva_Junior2/publication/245846673_Sndrome_cardiorrenal_fisiopatologia_e_tratamento/links/53e518510cf25d674e96b6a1.pdf.
11. Martins H, Pedro N, Castellano M, Monteiro P, Moura JJ, Providência LA. Síndrome cardio-renal: os desafios no tratamento da insuficiência cardíaca. Acta MedPort [Internet]. 2011 [acesso em 04 mai 2016]; 24: 285-292. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.4/1098>.
12. Douglas L, Casamento A, Jones D. Point prevalence of general ward patients fulfilling criteria for systemic inflammatory response syndrome. InternMed J [Internet]. 2016 [acesso em 04 mai 2016]; 46(2):223-5. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/imj.12968/abstract;jsessionid=273F775810956BE8A6BBEFD5FF3138A3.f04t03>.
13. Pereira C. Um estudo em cardiopatas submetidos à revascularização do miocárdio: ansiedade e depressão [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho, 2015.
14. Mesquita ET, Cruz LN, Mariano BM, Jorge AJL. Post-Hospital Syndrome: A New Challenge in Cardiovascular Practice. ArqBrasCardiol [Internet]. 2015 [acesso em 04 mai 2016]; 105(5):540-544. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abc/v105n5/pt_0066-782X-abc-105-05-0540.pdf.
15. Dharmarajan K, Hsieh AF, Lin Z, Bueno H, Ross JS, Horwitz LI, et al. Diagnoses and timing of 30-day readmissions after hospitalization for heart failure, acute myocardial infarction, or pneumonia. JAMA [Internet]. 2013 [acesso em 04 mai 2016]; 309(4):355-63. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3688083/>.
16. Bradley EH, Curry L, Horwitz LI, Sipsma H, Wang Y, Walsh MN, et al. Hospital strategies associated with 30-day readmission rates for patients with heart failure. Circ Cardiovasc Qual Outcomes [Internet]. 2013 [acesso em 04 mai 2016]; 6(4):444-50. Disponível em: <http://circoutcomes.ahajournals.org/content/6/4/444.full.pdf+html>.
17. Krumholz HM, et al. Post-hospital syndrome: an acquired, transient condition of generalized risk. N Engl J Med [Internet]. 2013 [acesso em 04 mai 2016]; 368(2):100-2. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1212324>.

18. Domingues FB, Clausell N, Aliti GB, Dominguez DR, Rabelo ER. Education and telephone monitoring by nurses of patients with heart failure: randomized clinical trial. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2011 [acesso em 04 mai 2016]; 96(3): 233-239. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v96n3/aop00611.pdf>.
19. Young-Mason J. The fine art of caring: people with Parkinson disease and their care partners. *Clin Nurse Spec* [Internet]. 2015 [acesso em 04 mai 2016]; 29(2):121-2. Disponível em: http://www.nursingcenter.com/journalarticle?Article_ID=2734573&Journal_ID=54033&Issue_ID=2734178.