

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

TRABALHO DE PESQUISA
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM MÍNIMOS DO
PACIENTE EM PÓS-OPERATÓRIO DE
CIRURGIA CARDÍACA

AUTORA: Andréa Cristiane da Silva Pinheiro¹

Professora Orientadora: Prof^a Dr^a Maria da Graça Oliveira Crossetti²

Porto Alegre, julho de 1999.

¹ Acadêmica de Enfermagem do 9º Semestre da UFRGS

² Prof^a Dr^a em Filosofia da Enfermagem, Coordenadora do Grupo de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Genf - HCPA

ANDRÉA CRISTIANE DA SILVA PINHEIRO

***DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM MÍNIMOS DO
PACIENTE EM PÓS-OPERATÓRIO DE
CIRURGIA CARDÍACA***

Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação
apresentado à Escola de Enfermagem da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul -
UFRGS

Disciplina: Estágio Curricular - ENF 99003

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria da Graça
Oliveira Crossetti

Porto Alegre
1999

Dedico este trabalho a todos que me apoiaram durante a
graduação e, em especial,

Aos meus pais Elisabete e Paulo por ter oportunizado ser o
que sou,

Ao meu irmão Anderson pela tolerância nos dias difíceis,

Ao meu noivo Eduardo pelo apoio e compreensão,

A minha amiga e prof^a. orientadora Dr.^a Maria da Graça Oliveira
Crossetti e,

Aos demais amigos e familiares que me incentivaram nesta
caminhada.

SUMÁRIO

	PÁG.
1. Introdução	6
1.2. Objetivos	10
2. Revisão de Literatura	11
3. O Modelo Teórico de Horta e o Diagnóstico de Enfermagem	17
4. Necessidades Humanas Básicas e Diagnóstico da North American Nursing Diagnosis Association -NANDA	25
5. Metodologia	32
5.1. Material e Método	32
5.2. Campo de Realização do Estudo	32
5.3. Unidade de Análise	33
5.4. População e Amostra	33
5.5. Coleta de Dados	34
5.6. Processamento e Organização dos Dados	35
6. Apresentação e Análise dos Resultados	36
6.1. Caracterização da Amostra	36
6.2. Caracterização dos Diagnósticos de Enfermagem	48
7. Considerações Finais	90

Referências Bibliográficas 93

Anexos

- I. Instrumento de Coleta de Dados 97
- II. Prescrição de Enfermagem CTI/HCPA 98
- III. Admissão e Alta CTI Cirurgia Cardíaca HCPA 99

1. INTRODUÇÃO

O paciente com doença cardíaca é um cliente complexo que exige especial atenção em seu cuidado. As patologias cardíacas apresentam formas de tratamento que afetam o sistema bio-psico-social dos pacientes e de suas famílias. Com isso, o enfermeiro deve permanecer constantemente atualizado e deter habilidades e conhecimentos específicos sobre a assistência de enfermagem prestada na área de cardiologia.

Na história da Enfermagem, em seu início, encontramos uma profissão que prestava a assistência aos doentes enraizada na prática médica. Os cuidados aos pacientes tinham um enfoque estritamente curativo e a enfermagem tinha como objetivo o tratamento da doença ou do desconforto destes pacientes. Para isso, as enfermeiras se embasavam somente em técnicas e procedimentos (execução de tarefas) que as tornavam adeptas de um modelo funcional e mecanicistas. A relação

com o paciente era estritamente impessoal não considerando as necessidades humanas de cada indivíduo.

Nas décadas de 60-70, a Enfermagem viu-se na necessidade de reorientar sua prática através do fundamento científico, de uma autonomia profissional e de um saber e fazer específicos da profissão. Este fato faz com que os enfermeiros busquem novas formas de cuidar voltado para o indivíduo como pessoa diferenciada e com necessidades próprias. A partir desta nova maneira de pensar e fazer Enfermagem presume-se planejar o cuidado prestado a clientes, familiares e comunidade. Isto leva a um modelo de processo de cuidar em enfermagem e ao que então denominamos Processo de Enfermagem.

O Processo de Enfermagem é uma maneira de atender as necessidades do paciente visando uma sistematização do cuidado. Quando mencionamos a sistematização do cuidado estamos pronunciando uma forma de ordenar e encadear os cuidados de enfermagem através deste processo. A partir desta sistematização, se individualiza o cuidado prestado e se delimita os conhecimentos específicos dos enfermeiros, estabelecendo o papel deste profissional e assim definindo suas funções frente ao ser que cuida, assumindo uma identidade que traça um perfil de conquista do seu valor no mercado de trabalho.

Horta, em 1979, propôs um modelo de assistência em enfermagem preocupada em desenvolver o aspecto científico e de planejamento dos cuidados baseado nas necessidades humanas básicas dos pacientes. O modelo proposto por Horta propõe a sistematização da assistência de enfermagem em seis etapas: *o histórico de enfermagem* (atualmente mencionamos esta etapa como anamnese e exame físico): é o primeiro passo para o conhecimento do paciente, levantamento de dados; *o diagnóstico de enfermagem*: "é a identificação das necessidades básicas do ser humano que precisam de atendimento e a determinação, pela enfermeira do grau de dependência deste atendimento em natureza e extensão"; *o plano assistencial*: é o objetivo da assistência de enfermagem diante do diagnóstico estabelecido; *o plano de cuidados diários*: é a prescrição de enfermagem, a fase da implementação dos cuidados diários estabelecidos adequadamente de acordo com as necessidades dos pacientes; *a evolução*: é a avaliação do processo, o acompanhamento do plano assistencial devidamente registrado; e *o prognóstico de enfermagem*: a capacidade do paciente responder ao plano assistencial embasado nas suas necessidades básicas alteradas com base nas informações fornecidas pela evolução de enfermagem.

Observa-se a preocupação dos profissionais em utilizar o Processo de Enfermagem como instrumento em sua prática, porém muitos enfermeiros vêm

simplicando a modelo proposto por Horta (1979) implementando esta metodologia em apenas três etapas: histórico, evolução e prescrição de enfermagem. A etapa do Diagnóstico de Enfermagem tem se resumido apenas a listas de problemas apresentados pelo paciente, sendo assim descaracterizada em seu propósito, qual seja, o de orientar a prescrição de enfermagem de forma individualizada e adequada aos reais problemas de saúde apresentados pelos pacientes. Este fato se deve a carência de literatura (de produção científica) sobre a operacionalização da etapa do Diagnóstico de Enfermagem e a dificuldade dos profissionais enfermeiros em realizarem o raciocínio clínico no processo diagnóstico, dentre outros fatores.

Este aspecto somado ao fato de se acreditar na sistematização do cuidado humano para a autonomia do enfermeiro, proporcionando uma linguagem universal a esta categoria profissional e a importância do cuidado individualizado é que se pretende realizar este estudo identificando os Diagnósticos de Enfermagem Mínimos do pacientes no Centro de Terapia Intensiva (CTI), na área Cardíaca do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), utilizando-se o modelo proposto por Benedet e Bub (1998) o qual tem por base a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta (1979) e a Taxonomia da NANDA (1997), visando assim colaborar com a produção de conhecimentos sobre Diagnóstico de Enfermagem de modo a orientar os enfermeiros da área de cirurgia cardíaca.

Este estudo vem agregar-se a iniciativa do o Grupo de Enfermagem (Genf) do HCPA que tem apresentado a necessidade de reavaliar a implementação da metodologia do Processo de Enfermagem como um todo, incluir a etapa do Diagnóstico de Enfermagem como uma prática nova para os enfermeiros desta instituição, o que vem se concretizando desde 1998, quando foi criado o Grupo de Trabalho sobre Diagnóstico de Enfermagem (GTDE) com vista a estabelecer os diagnósticos de enfermagem mínimos dos pacientes cuidados nas diferentes áreas dos serviços de enfermagem.

1.2.OBJETIVOS

- Elaborar os Diagnósticos de Enfermagem Mínimos dos pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca utilizando o modelo referencial baseado na Teoria das Necessidades Humanas de Horta (1979) e na Classificação Diagnóstica da NANDA proposto por Benedet e Bub (1998);
- Auxiliar na implantação do Processo Diagnóstico no Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS junto ao Grupo de Trabalho de D.E. - GTDE.

2. REVISÃO DE LITERATURA

O termo Diagnóstico de Enfermagem é uma idéia nova para os profissionais de enfermagem enquanto conceito mas, desde a época de Nightingale, já era utilizado quando esta diagnosticava e tratava os problemas de saúde na Guerra da Criméia (Gordon, 1987).

Tradicionalmente a Enfermagem identifica as necessidades dos pacientes e discrimina as ações que necessitam de intervenções de enfermagem, sistematizando ou não esta assistência e isto pode ser considerado um ato diagnóstico dentro da profissão.

Harmer, na década de 20, retoma a idéia do Diagnóstico de Enfermagem quando propõe aos enfermeiros o uso de métodos científicos para definir a ciência em enfermagem, identificando os problemas, registrando-os e prescrevendo os cuidados de enfermagem (Farias, et al.,1990).

A definição do termo Diagnóstico de Enfermagem (D.E.) surgiu na década de 50 quando MacManus começou a descrever D.E. como responsabilidade do enfermeiro (Gordon,1987).

Em 1953, Vera FRY (Farias, et al., 1990), introduziu este termo na literatura e nas escolas como uma abordagem profissional, necessária ao desenvolvimento do plano de cuidados individualizados.

Abdellah, em 1961, determina que a enfermeira frente ao problema do paciente ou de sua família pode assisti-lo desempenhando suas funções profissionais (McFarland; McFarlane, 1989). Isso significa que a enfermeira está apta a fazer julgamentos, incluindo conclusões acerca dos fenômenos encontrados na assistência ao cliente. Para realizar estas conclusões estas enfermeiras necessitavam diagnosticar os problemas de enfermagem encontrados. Abdellah, nesta mesma época, propôs 21 problemas de enfermagem formulando a primeira categorização de diagnósticos na enfermagem.

Na década de 60, com o advento do Processo de Enfermagem, surgem os termos *problemas de enfermagem, necessidades dos pacientes e diagnóstico de enfermagem* (McFarland; McFarlane, 1989).

Em 1973, a American Nurses Association (ANA) incluiu o termo *diagnóstico* nos seus documentos como atividade do enfermeiro, não sendo bem aceitado pela categoria, persistindo controvérsias sobre o assunto (McFarland; McFarlane, 1989).

Neste mesmo ano ocorreu a primeira conferência internacional sobre Diagnóstico de Enfermagem com o objetivo de identificar os D.E. classificando-os. A partir desta conferência surgiu a *National Group for the Classification of Nursing Diagnosis*, que se integrava por profissionais de enfermagem do Canadá e Estados Unidos representando todos os elementos da profissão: educação, prática e pesquisa (Carpenito, 1997). De 1973 até 1997 a *National Group* reuniu-se onze vezes.

Na quinta conferência do *National Group*, em 1982, o grupo passou a ser denominado *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) (Carpenito, 1997).

O sistema de classificação da TAXONOMIA I foi adotado na 7ª Conferência da NANDA, onde o método para ordenar os Diagnósticos de Enfermagem foi denominado através de *nove padrões de respostas humanas: trocar, conhecer, sentir, comunicar, relacionar, valorizar, escolher, mover, perceber* (Farias et al., 1990).

Para auxiliar na definição dos Diagnósticos de Enfermagem, a NANDA elaborou uma estrutura conceitual para os mesmos. Esta estrutura se dá da seguinte maneira: **título** - deve ser uma frase clara, concisa, descritivo da definição do diagnóstico e das suas características definidoras, podendo incluir classificadores como alterado, prejudicado, disfuncional, ineficaz, excessivo, crônico, agudo; **definição** - auxilia a diferenciar diagnósticos similares em um diagnóstico particular, delinea o significado do diagnóstico; **características definidoras** - referem-se aos indícios clínicos (sinais e sintomas) que se agrupando apontam para o Diagnóstico de Enfermagem; **fatores relacionados** - condições ou circunstâncias que podem contribuir para o desenvolvimento do diagnóstico, devendo ser listados, fundamentados e acompanhados por revisão de literatura. Em 1986, a NANDA separou as características definidoras em dois grupos: **maiores** - geralmente presentes 80% a 100% das vezes, na existência do diagnóstico; **menores** - evidências de apoio ao diagnóstico, podendo estar presentes 50% a 79% das vezes, aparecem menos porém completam a confiabilidade do diagnóstico (Farias, et al., 1990).

Em 1990, na 9^a Conferência da NANDA, estabeleceu-se uma definição oficial de Diagnóstico de Enfermagem:

"o diagnóstico de enfermagem é um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, família, ou da comunidade aos problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais. O diagnóstico de enfermagem proporciona a base para a seleção das intervenções de enfermagem, visando o alcance de resultados pelos quais a enfermeira é responsável" (NANDA, 1990).

Nas décadas de 80 e 90, surge o interesse dos enfermeiros brasileiros pelo Diagnóstico de Enfermagem como é proposto pela NANDA, o que se evidencia através dos estudos de Cruz (1994), Darli (1993), Bachion et al. (1995), Maria (1990), Peixoto et al. (1996), dentre outros.

Estabelecendo-se uma relação entre o modelo de Wanda Horta e a proposta da NANDA observa-se que HORTA (1979), no desenvolvimento do Processo de Enfermagem, denomina a etapa diagnóstico de enfermagem como a identificação das necessidades básicas e a determinação do grau de dependência da enfermagem para o seu atendimento e, para NANDA, a idéia do D.E. é a sua categorização para a atuação da linguagem universal da enfermagem.

A Taxonomia I de NANDA (1997) complementa a etapa de diagnóstico de enfermagem do modelo de HORTA (1979), referindo-se ao D. E. como um julgamento essencial para a atuação do enfermeiro na assistência de enfermagem.

No contexto em que a sociedade exige cada vez mais de seus profissionais em busca do aperfeiçoamento do conhecimento em todas as áreas, e acreditando na viabilidade da sistematização do processo do cuidar em busca da autonomia profissional do enfermeiro e maior reconhecimento de sua prática, é que neste estudo se pretende identificar os diagnósticos de enfermagem mínimos dos pacientes em pós-operatórios de cirurgia cardíaca do CTICC/HCPA utilizando-se o referencial teórico de Benedet e Bud (1998) cuja proposta para o estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem conjuga a teoria das necessidades humanas básica de Horta (1979) e da Taxonomia I da NANDA (1997).

Este referencial foi escolhido pelo GTDE/HCPA porque o modelo de Horta (1979) tem sido utilizado pelo Grupo de Enfermagem/HCPA no processo de cuidar desde 1979, fato que se pensa possibilitar uma melhor apreensão do processo diagnóstico e implementação da etapa do Diagnóstico de Enfermagem pelos enfermeiros.

3. MODELO TEÓRICO DE HORTA E O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

O modelo proposto por Wanda Horta (1979) engloba as seguintes leis gerais que regem os fenômenos universais:

- a) Lei do Equilíbrio (homeostase e hemodinâmica): o universo se mantém por processos de equilíbrio dinâmico entre os seres que o compõe.
- b) Lei do Holístico: o universo, o ser humano, a célula são um todo e esse todo não é mera soma das partes constituintes de cada ser.
- c) Lei da Adaptação: os seres interagem com seu meio externo na busca para formas de ajustamento a fim de se manterem em equilíbrio.

Horta (1979) percebeu, com estas leis, que a forma com que o indivíduo manifesta o grau de satisfação das suas necessidades varia de pessoa para pessoa, conforme sua idade, seu sexo, sua cultura, seu fator sócio-econômico, sua escolaridade, o ciclo saúde-doença e o ambiente em que se encontra, dentre outros fatores.

Essa autora desenvolveu sua teoria baseada na teoria da motivação humana de Maslow na qual as necessidades humanas básicas são hierarquizadas e estruturadas em cinco níveis: necessidades fisiológicas, de amor, de segurança, de estima e de auto-realização. Juntamente com a teoria de Maslow (1970), Horta associou a classificação de João Mohana (1964), classificando as necessidades em psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais e introduzindo em cada nível vários subgrupos de necessidades com a finalidade de ajustar seu modelo na assistência prática da enfermagem, conforme apresentado a seguir:

♦ *Necessidades Psicobiológicas*

Oxigenação

Hidratação

Nutrição

Eliminação

Sono e Repouso

Exercício e Atividades Físicas

Sexualidade

Abrigo

Mecânica Corporal

Motilidade

Cuidado Corporal

Integridade Cutâneo-mucosa

Integridade Física

Regulação: térmica, hormonal, vascular, crescimento celular, neurológica, eletrolítica, imunológica, hidrossalina

Locomoção

Percepção: olfativa, gustativa, visual, tátil, auditiva, dolorosa

Ambiente

Terapêutica

◆ *Necessidades Psicossociais*

Segurança

Amor

Liberdade

Comunicação

Criatividade

Aprendizagem (educação à saúde)

Gregária

Recreação

Lazer

Espaço

Orientação no tempo/espaço

Aceitação

Auto-realização

Participação

Auto-imagem

Auto-estima

Atenção

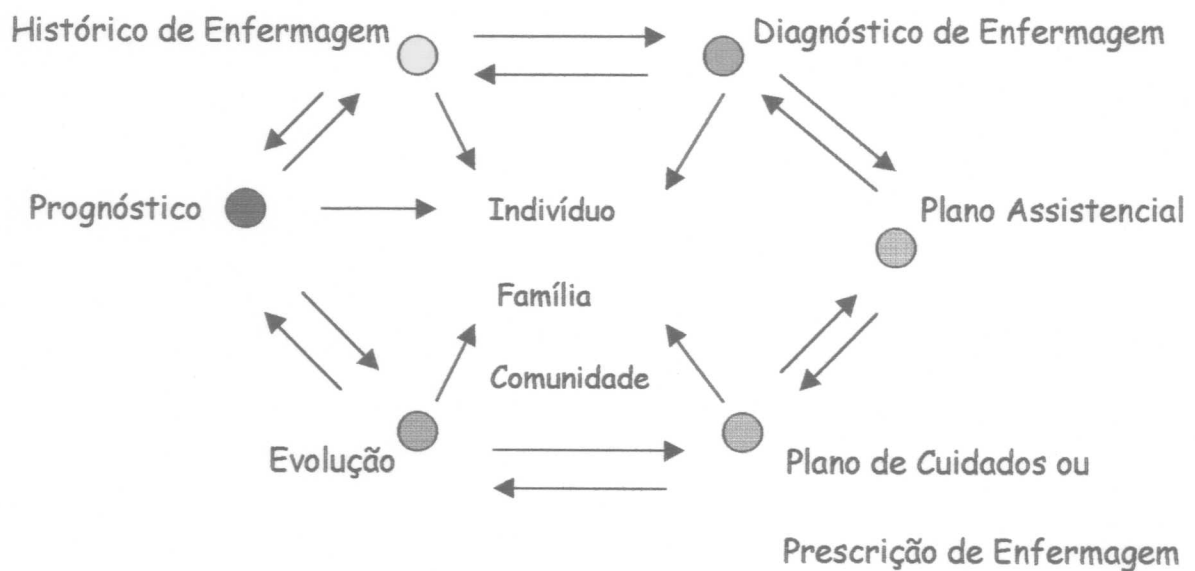
◆ *Necessidades Psicoespirituais*

Religiosa ou teológica

Ética ou de filosofia de vida

Horta (1979) ressalta também que cada uma destas necessidades são interrelacionadas entre si e fazem parte de um todo indivisível, de tal forma que quando uma se manifesta as outras sofrem algum grau de alteração.

O Processo de Enfermagem, para a esta autora, é como uma metodologia de trabalho fundamentada no método científico sendo uma *"dinâmica das ações sistematizadas e interrelacionadas, visando a assistência ao ser humano"*. Desta forma, a assistência está descrita em seis etapas:



Horta (1979) faz as seguintes considerações sobre as etapas acima:

A) Histórico de Enfermagem

"é o roteiro sistematizado para o levantamento de dados (significativos para o enfermeiro do ser humano que tornam possível a identificação de seus problemas)".

B) Diagnóstico de Enfermagem

"é a identificação das necessidades do ser humano que precisa de atendimento e a determinação pelo enfermeiro do grau de dependência deste atendimento em natureza e extensão".

C) Plano Assistencial

"é a determinação global da assistência de enfermagem que o ser humano deve receber diante do diagnóstico estabelecido".

D) Plano de Cuidados ou de Prescrição de Enfermagem

"é a implementação do plano assistencial pelo roteiro diário (ou período aprazado) que coordena a ação da equipe de enfermagem na execução dos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas e específicas do ser humano".

E) Evolução de Enfermagem

"é o relato diário (ou aprazado) das mudanças sucessivas que ocorrem no ser humano, enquanto estiver sobre assistência profissional. Pela evolução é possível avaliar a resposta do ser humano à assistência de enfermagem implementada".

F) Prognóstico de Enfermagem

"é a estimativa da capacidade do ser humano em atender suas necessidades básicas alteradas após a implementação do plano assistencial e à luz dos dados fornecidos pela evolução de enfermagem".

O objetivo principal do Processo de Enfermagem é guiar as ações da enfermagem para que esta possa atender as necessidades do indivíduo, família ou comunidade e, através deste processo, identificar as respostas dos clientes e atender as necessidades afetadas.

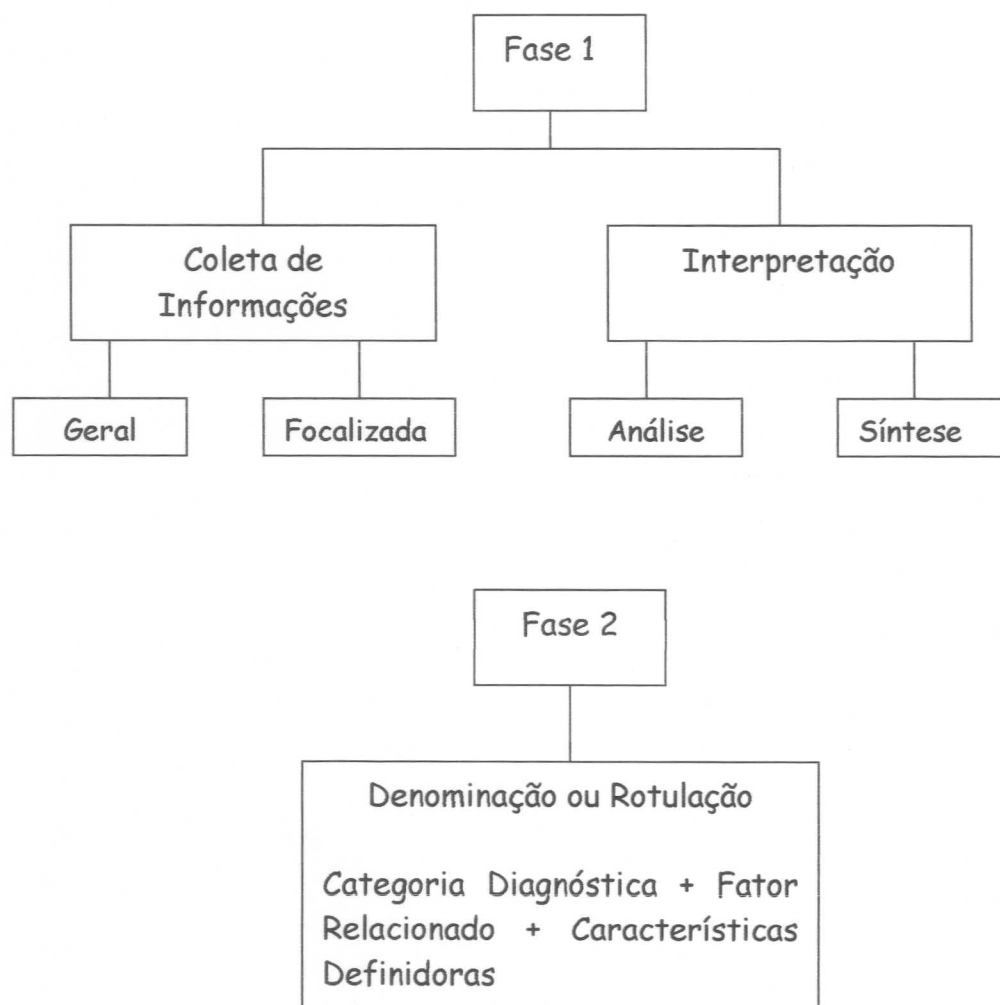
O estabelecimento do Diagnóstico de Enfermagem determina uma prestação de contas sobre os cuidados que o enfermeiro determina ao cliente e cria a oportunidade deste profissional em expor suas atividades aos demais profissionais da área da saúde e ao restante da sociedade.

Para o presente estudo utilizou-se as necessidades humanas básicas proposta por Horta (1979) e a sua idéia sobre Processo de Enfermagem mencionada acima.

Para a formulação do Diagnóstico de Enfermagem (D.E.) nesta pesquisa realizou-se o processo diagnóstico em três contextos: raciocínio diagnóstico, sistemas de classificação e processo de enfermagem.

Para o raciocínio diagnóstico o Enfermeiro deve realizar a coleta de informações, interpretação e rotulação, conforme o seguinte quadro:

REPRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DO PROCESSO DIAGNÓSTICO



Na fase 1 ocorrem as etapas coleta de informações e interpretação que implicam a classificação e confirmação destas informações. Nesta fase ocorre o fornecimento das informações e o desenvolvimento do plano de cuidados de enfermagem ao paciente.

Para coletar informações utiliza-se a entrevista, a observação e exame físico.

Para interpretar os resultados é preciso que se faça uma análise dos dados coletados, identificando as informações relevantes, fazendo um julgamento através do uso do conhecimento profissional teórico e prático, e das experiências do enfermeiro.

A última fase do diagnóstico (fase 2) confere ao diagnóstico de enfermagem um nome específico através de uma rotulação. Esta rotulação dá-se conforme as Necessidades Humanas Básicas e Diagnóstico da North American Nursing Diagnosis Association - NANDA - incluindo uma definição do diagnóstico de enfermagem, as suas características definidoras e seus fatores relacionados.

O rótulo diagnóstico deve ser escrito de forma clara e concisa de maneira a relacionar o estado de saúde (ou uma necessidade) do indivíduo ou grupo de fatores que contribuíram para aquele estado.

4. NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS E DIAGNÓSTICO DA NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION - NANDA

NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

Regulação Neurológica

1. Disreflexia
2. Negligência Unilateral
3. Comunicação Verbal Prejudicada
4. Alteração no Processo do Pensamento
5. Capacidade Adaptativa Intracraniana Reduzida
6. Confusão Aguda
7. Confusão Crônica
8. Memória Prejudicada

Oxigenação

9. Padrão Respiratório Ineficaz
10. Troca de Gases Prejudicada
11. Incapacidade para Manter a Respiração Espontânea
12. Desobstrução Ineficaz das Vias Aéreas

13. Resposta Disfuncional ao Desmame Ventilatório

Regulação Vascular

14. Débito Cardíaco Diminuído

15. Alteração na Perfusão Tissular: renal, cerebral, cardiopulmonar, gastrintestinal, periférica

Hidratação

16. Excesso no Volume de líquidos

17. Déficit no volume de líquidos

18. Risco para Déficit no Volume de Líquidos

Eliminação

19. Retenção Urinária

20. Alteração na Eliminação Urinária

21. Incontinência por Pressão

22. Incontinência Reflexa

23. Incontinência Impulsiva

24. Incontinência Funcional

25. Incontinência Total

26. Constipação

27. Constipação Percebida

28. Constipação Colônica

29. Incontinência Intestinal

30. Diarréia

Integridade Cutâneo-Mucosa

31. Integridade Tissular Prejudicada

- 32. Alteração na Mucosa Oral
- 33. Integridade da Pele Prejudicada
- 34. Risco para Prejuízo da Integridade da Pele
- 35. Proteção Alterada

Percepção dos Órgãos dos Sentidos

- 36. Alterações Sensoriais-Perceptivas: Especificar
- 37. Dor Aguda
- 38. Dor Crônica

Segurança Física/Meio Ambiente

- 39. Risco para Infecção
- 40. Risco para Ferimentos
- 41. Risco para Aspiração
- 42. Risco para Sufocação
- 43. Risco para Trauma
- 44. Risco para Envenenamento
- 45. Risco para Auto-Mutilação
- 46. Comportamento Infantil Desorganizado
- 47. Risco para Comportamento Infantil Desorganizado
- 48. Comportamento Infantil: Potencial para Melhora da Desorganização

Regulação Térmica

- 49. Risco para Alteração da Temperatura Corporal
- 50. Hipotermia
- 51. Hipertermia
- 52. Termorregulação Ineficaz

Terapêutica

53. Síndrome do Desuso

54. Integridade Tissular Prejudicada

Alimentação

55. Deglutição Prejudicada

56. Alteração na Nutrição: mais do que o corpo necessita

57. Alteração na Nutrição: menos do que o corpo necessita

58. Alteração na Nutrição: potencial para mais do que o corpo necessita

59. Déficit no Auto-Cuidado: alimentação

60. Amamentação Ineficaz

61. Amamentação Interrompida

62. Amamentação Eficaz

63. Padrão Ineficaz da Amamentação Infantil

Atividade Física

64. Mobilidade Física Prejudicada

65. Intolerância à Atividade

66. Fadiga

67. Síndrome do Desuso

68. Déficit no Auto-Cuidado: vestir-se, arrumar-se

69. Risco para Disfunção Neurovascular Periférica

70. Risco para Trauma por Posicionamento Perioperatório

Sono e Repouso

71. Distúrbio do Padrão de Sono

Cuidado Corporal

72.Déficit no Auto-Cuidado: Higiene Corporal

73.Déficit no Auto-Cuidado: Toaleta

Regulação: Crescimento Celular

74.Alteração do Crescimento e do Desenvolvimento

Sexualidade

75.Disfunção Sexual

76.Alteração nos Padrões de Sexualidade

NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS**Comunicação**

77.Comunicação Verbal Prejudicada

Gregária

78.Isolamento Social

79.Interação Social Prejudicada

80.Risco para Solidão

81. Manutenção do Lar Prejudicada

82.Estratégias Ineficazes de Resolução Comunitária

83.Potencial para Melhora das Estratégias de Resolução Comunitária

Liberdade/Participação

84.Adaptação Prejudicada

85.Estratégias Ineficazes de Resolução Familiar: Comprometedoras

86.Estratégias Ineficazes de Resolução Familiar: Potencial para Crescimento

87.Não Comprometimento

88.Conflito de Decisão

89.Alteração no Processo Familiar

90.Processo Familiar Alterado: Alcoolismo

Auto-Imagem, Auto-Estima, Aceitação

91. Alteração no Desempenho do Papel

92.Distúrbios na Auto-Estima

93.Baixa Auto-Estima: crônica

94.Baixa Auto-Estima: situacional

95.Distúrbios da Identidade Pessoal

96.Distúrbios no AutoConceito

97.Estratégias Defensivas de Resolução

Auto-Realização

98.Conflito do Desempenho do Papel dos Pais

99.Risco para Vinculação Pais-Filhos Alterada

Recreação Lazer

100. Déficit na Atividade de Lazer

Segurança Emocional

101. Risco para Violência

102. Reação de Pesar Antecipada

103. Reação de Pesar Disfuncional

104. Negação Ineficaz

105. Medo

106. Ansiedade

107. Desesperança

- 108. Síndrome do Trauma de Estupro
- 109. Impotência
- 110. Síndrome do Estresse da Mudança de Ambiente
- 111. Resposta Pós-Trauma

Amor, Afeto, Atenção

- 112. Desgaste do Papel de Cuidador
- 113. Risco para Desgaste do Papel de Cuidador

Espaço

Criatividade

Educação para Saúde/ Aprendizagem

- 114. Comportamento para Elevar o Nível de Saúde
- 115. Alteração na Manutenção da Saúde
- 116. Controle Ineficaz do Regime Terapêutico
- 117. Controle Ineficaz do Regime Terapêutico Individual
- 118. Controle Ineficaz do Regime Terapêutico Comunitário
- 119. Controle Ineficaz do Regime Terapêutico Familiar
- 120. Não Comprometimento
- 121. Déficit de Conhecimento

NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

- 122. Angústia Espiritual
- 123. Potencial para Melhora do Bem-Estar Espiritual
- 124. Distúrbio do Campo Energético

5. METODOLOGIA

5.1. MATERIAL E MÉTODO

Realizou-se um estudo exploratório-descritivo tendo como campo de pesquisa o Centro de Terapia Intensiva (CTI), área cardíaca, em um Hospital Universitário do município de Porto Alegre/RS.

5.2. CAMPO DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO

O estudo foi realizado no Centro de Terapia Intensiva (CTI), área cardíaca, do Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS. Este hospital é uma instituição governamental do município de Porto Alegre.

Na área cardíaca do CTI existem 6 leitos destinados aos pacientes pós-operatórios de cirurgia cardíaca, sendo as principais cirurgias encontradas Revascularização Miocárdica e trocas de válvulas mitral e aórtica.

5.3. UNIDADE DE ANÁLISE

A unidade de análise para este estudo compreendeu os registros de enfermagem contidos nos prontuários dos pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca.

5.4. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população deste estudo constituiu-se por pacientes que foram internados na CTI, área cardíaca, em pós-operatório de qualquer tipo de patologia desta área.

Compuseram a amostra 17 prontuários de pacientes pós-operatório de cirurgia cardíaca, sendo estes analisados no período de 10 à 28 de maio de 1999, tendo estes pacientes uma média de permanência no CTI de três dias.

É importante ressaltar que os nomes dos paciente cujos prontuários foram analisados não foram divulgados em atenção aos aspectos éticos, garantindo assim a privacidade dos mesmos e seu anonimato na pesquisa.

5.5. COLETA DE DADOS

Instrumento

A etapa de coleta de dados realizou-se em 3 semanas onde se aplicou o instrumento previamente estruturado pelo GTDE (anexo I) e se deu de acordo com as seguintes etapas:

1. Revisão dos registros contidos nos prontuários (anamnese, exame físico), coletando sinais e sintomas (respostas humanas) dos pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca;
2. Busca de fatores relacionados/evidências utilizando o referencial proposto para estabelecer os Diagnósticos de Enfermagem de Benedet e Bub (1998);
3. Reconhecimento das necessidades humanas básicas afetadas e, partir delas;
4. Identificação dos Diagnósticos de Enfermagem Mínimos dos pacientes do CTI em pós-operatório de cirurgia cardíaca embasando-se no referencial de Benedet e Bub (1998);
5. Elaboração das prescrições padrões de enfermagem de acordo com os diagnósticos de enfermagem identificados no instrumento.

A pesquisa realizou-se de maneira concordante com as normas e rotinas da instituição. A pesquisadora, uma vez identificado os prontuários-alvo da amostra, coletou os dados registrando os sinais e sintomas destes pacientes.

5.6. PROCESSAMENTO E ORGANIZAÇÃO DOS DADOS

Os dados foram processados, organizados manualmente e analisados pela autora deste projeto, com a orientação da Prof^a Dr^a Enf^a Maria da Graça O. Crossetti, a fim de alcançar os objetivos proposto neste estudo. Os mesmos são apresentados sob forma de gráficos, tabelas e de maneira descritiva.

6. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

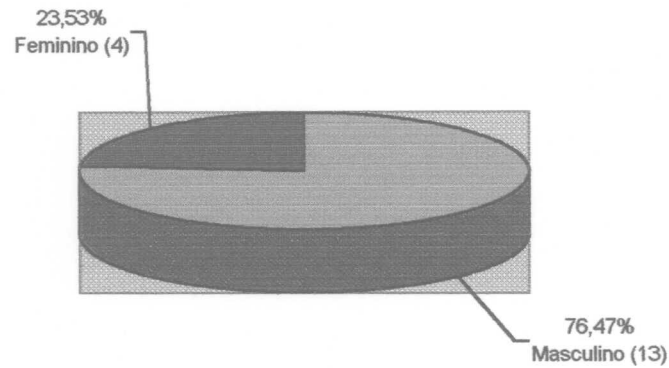
Após a interpretação e a análise dos dados coletados no instrumento, foram identificados alguns Diagnósticos de Enfermagem Mínimos adotando, para isso, *título, definições, características definidoras e fatores relacionados* de acordo com o referencial utilizado.

Para a identificação, em pacientes pós-operatórios de cirurgia cardíaca de tais diagnósticos foram observados os sinais, sintomas, problemas de saúde dos pacientes (características definidoras), relacionando as necessidades humanas básicas afetadas e buscando o fator (causa ou etiologia) destes problemas de saúde, sinais ou sintomas.

6.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

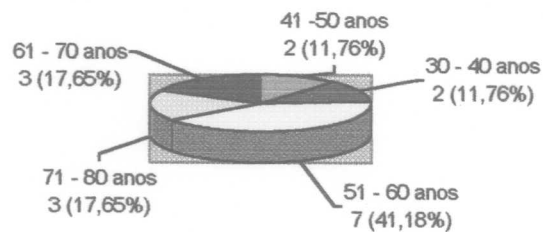
Dezessete prontuários de paciente pós-operatório de cirurgia cardíaca fizeram parte da amostra no período estabelecido para coleta de dados. As características da amostra está descrita nos gráficos 1, 2 e 3 a seguir.

Gráfico 1. Representação gráfica dos pacientes pós-operatórios de cirurgia cardíaca segundo sexo



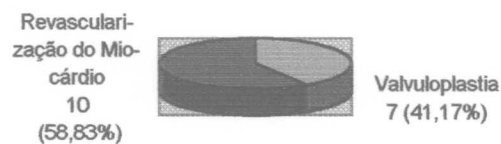
No gráfico 1, se observa que, dos 17 prontuários dos pacientes pós-operatórios de cirurgia cardíaca, 13 pessoas são do sexo masculino (76,47%) e 4 pessoas são do sexo feminino (23,53%). Achados da literatura evidenciam que a doença cardíaca crônica é mais freqüente em indivíduos masculinos, concordando com o encontrado no presente estudo (Cruz e Arcuri, 1990).

Gráfico 2. Distribuição gráfica dos prontuários dos pacientes pós-operatórios de cirurgia cardíaca segundo a idade



No gráfico 2, verifica-se a distribuição da amostra por idade dos clientes pós-operatório de cirurgia cardíaca. Dos 17 prontuários analisados, 7 pessoas (a maioria) se apresentam na faixa etária dos 51 aos 60 anos (41,18%), 2 pessoas (11,76%) se apresentam entre 30 a 40 anos de idade, 2 pessoas (11,76%) se apresentam entre 41 a 50 anos de idade, 3 pessoas (17,65%) se apresentam entre 61 a 70 anos de idade e 3 (17,65%) se apresentam entre 71 a 80 anos de idade.

Gráfico 3. Representação gráfica da distribuição dos prontuários dos pacientes pós-operatórios de cirurgia cardíaca segundo os tipos de cirurgias, com indicação de porcentagem e frequência observada



O gráfico 3 apresenta os tipos de cirurgias a que se submeteram os 17 pacientes cujos prontuários foram analisados. Observa-se a predominância das cirurgias de Revascularização do Miocárdio (58,83%) seguida das cirurgias de valvuloplastia seja mitral ou aórtica (41,17%).

Tendo-se por base o referencial Teórico eleito para este estudo para a análise e identificação dos Diagnósticos de Enfermagem, apresenta-se a seguir, na Tabela

1, a frequência e porcentagem dos D.E. Mínimos, relacionando-as as necessidades humanas básicas alteradas.

TABELA 1. D.E. MÍNIMOS DOS PACIENTES EM PÓS-OPERATÓRIOS DE CIRURGIA CARDÍACA	
	F/%
1. OXIGENAÇÃO	
- Padrão Respiratório Ineficaz	10 (58,82%)
- Resposta Disfuncional ao Desmame Ventilatório	2 (11,76%)
- Desobstrução Ineficaz das Vias Aéreas	5 (29,41%)
- Incapacidade para Manter a Ventilação Espontânea	3 (17,64%)
2. REGULAÇÃO NEUROLÓGICA	
- Confusão Aguda	1 (5,88%)
- Comunicação Verbal Prejudicada	8 (47,05%)
3. REGULAÇÃO VASCULAR	
- Débito Cardíaco Diminuído	7 (41,18%)
- Alteração na Perfusão Tissular Cardiopulmonar	17 (100%)
4. HIDRATAÇÃO	
- Risco para Déficit no Volume de Líquidos	9 (52,94%)
5. ELIMINAÇÃO	
- Constipação	2 (11,76%)
6. INTEGRIDADE CUTÂNEO-MUCOSA	
- Integridade Tissular Prejudicada	15 (88,24%)
- Proteção Alterada	3 (17,64%)
7. PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS	
- Dor Aguda	14 (82,35%)

8. REGULAÇÃO TÉRMICA	
- Hipotermia	7 (41,18%)
- Risco para Alteração na Temperatura Corporal	11 (64,70%)
9. SEGURANÇA FÍSICA/ MEIO AMBIENTE	
- Risco para Infecção	17 (100%)
10. TERAPÊUTICA	
- Síndrome do Desuso	8 (47,06%)
11. ALIMENTAÇÃO	
- Deglutição Alterada	5 (29,41%)
- Déficit no Auto-Cuidado: Alimentação	17 (100%)
12. ATIVIDADE FÍSICA	
- Mobilidade Física Prejudicada	11 (64,71%)
13. SONO E REPOUSO	
- Distúrbios do Padrão do Sono	6 (35,29%)
14. CUIDADO CORPORAL	
- Déficit no Auto-Cuidado: Higiene Corporal e/ou Toalete	17 (100%)
15. SEGURANÇA EMOCIONAL	
- Ansiedade	10 (58,82%)
- Medo	7 (41,18%)

*

* Total de Prontuários de Pacientes Analisados: 17

Na tabela 1, constata-se uma predominância de Diagnósticos de Enfermagem Mínimos relacionados às Necessidades Psicobiológicas: oxigenação, regulação neurológica, regulação vascular, hidratação, eliminação, integridade cutâneo-mucosa, percepção dos órgãos dos sentidos, regulação térmica, segurança física/meio ambiente, terapêutica, alimentação, atividade física, sono e repouso, cuidado corporal e segurança emocional. Acredita-se que isso se deva ao fato de que nos pacientes pós-operatórios de cirurgia cardíaca o Enfermeiro detém-se nos sistemas orgânicos (cardíaco, vascular, urinário, e outros) porque os pacientes apresentam-se num momento de recuperação. Tal momento se caracteriza por sua gravidade, exigindo do profissional cuidados intensivos que requer extrema atenção e vigilância da equipe que o cuida, pois as alterações hemodinâmicas que ocorrem podem colocar em risco o sucesso da cirurgia e, conseqüentemente, a vida do paciente.

As Alterações Psicossociais aparecem na necessidade humana básica alterada Segurança Emocional: medo e/ou ansiedade. A ansiedade (58,82%) e o medo (41,18%) após a cirurgia se evidencia pela mudança nos hábitos de vida relacionada a hospitalização e ao medo de insucesso do procedimento e/ou medo de sentir dor na região cirúrgica. A situação de recuperação pós-cirurgia é um componente

estressante para tais pacientes e o enfermeiro necessita trabalhar com os mesmos seus medos e anseios junto à equipe que permanece mais próxima destes clientes.

Estes dois D.E. Mínimos mencionados acima formam encontrados neste estudo com uma frequência relativamente alta (aproximadamente 50% da clientela), porém não estão relacionados com esta mesma frequência no estudo de BACHION et al. (1995), já que estes dois D. E. somaram em seu estudo somente 2% dos D.E. encontrados. Pensa-se que esta observação se deve ao fato de a clientela analisada pela autora ser portadora de alterações cardíacas mas não estiveram submetidas a algum tipo de cirurgia como a clientela analisada pelo presente estudo.

O medo, segundo Crossetti (1997), é normal na vida dos seres humanos e se evidencia por alguma perturbação experimentada ou do aparecimento inesperado de alguma situação que se introduz no mundo do indivíduo. Constata-se ser a cirurgia cardíaca um fator concreto na vida do paciente que o leva a atemorizar o seu presente. A intervenção cirúrgica é algo que muda toda sua existência fazendo o paciente ter medo do novo e sendo uma ameaça ao mesmo. Esta ameaça se relaciona ao perigo concreto da cirurgia e também a situações que podem levar a um dano presenciável e vivenciado.

Segundo Cruz e Arcuri (1990), as condutas do enfermeiro frente a tais sentimentos ainda é um desafio já que, na maioria das vezes, são problemas que não

podem ser solucionados somente durante a internação e requerem acompanhamento após a alta do paciente de maneira a aliviar estas tensões, amenizando-as.

TABELA 2 - PERFIL DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM MÍNIMOS MAIS FREQUENTES EM PACIENTES PÓS-OPERATÓRIOS DE CIRURGIA CARDÍACA

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	F/%
1. Alteração na Perfução Tissular Cardiopulmonar	17 (100%)
2. Risco para Infecção	17 (100%)
3. Déficit no Auto-Cuidado: Alimentação	17 (100%)
4. Déficit no Auto-Cuidado: Higiene Corporal e/ou Toalete	17 (100%)
5. Integridade Tissular Prejudicada	15 (88,24%)
6. Dor Aguda	14 (82,35%)
7. Risco para Alteração na Temperatura Corporal	11 (64,70%)
8. Mobilidade Física Prejudicada	11 (64,71%)
9. Padrão Respiratório Ineficaz	10 (58,82%)
10. Ansiedade	10 (58,82%)
11. Risco para Déficit no Volume de Líquidos	9 (52,94%)
12. Comunicação Verbal Prejudicada	8 (47,05%)
13. Síndrome do Desuso	8 (47,06%)
14. Débito Cardíaco Diminuído	7 (41,18%)
15. Hipotermia	7 (41,18%)
16. Medo	7 (41,18%)

17. Distúrbios do Padrão do Sono	6 (35,29%)
18. Desobstrução Ineficaz das Vias Aéreas	5 (29,41%)
19. Deglutição Alterada	5 (29,41%)
20. Incapacidade para Manter a Ventilação Espontânea	3 (17,64%)
21. Proteção Alterada	3 (17,64%)
22. Resposta Disfuncional ao Desmame Ventilatório	2 (11,76%)
23. Constipação	2 (11,76%)
24. Confusão Aguda	1 (5,88%)

Na tabela 2 se nota que os diagnósticos de enfermagem mínimos Alteração na Perfusão Tissular, Risco para Infecção, Déficit no Auto-Cuidado: Alimentação, Higiene Corporal e/ou Toalete estão presentes em 100% da amostra. Isto demonstra que estes clientes pós-operatórios de cirurgia cardíaca estão em franca reabilitação de suas condições normais tanto biológicas, quanto físicas. Este cliente precisa de ajuda para alimentar-se, realizar sua higiene corporal e toalete devido as restrições de movimentos e medo de sentir dor na região cirúrgica, visto que encontra-se em dependência total ou parcial da enfermagem. É preciso explicar aos pacientes que esta condição é temporária e, depois, quando o mesmo tiver alta definitiva para casa, suas atividades serão praticamente normais, com algumas restrições físicas provavelmente.

Quanto ao D.E. Mínimo Risco para Infecção, o paciente em pós-operatório imediato permanece com muitos fatores que poderão levar a uma infecção caso a equipe não siga as rotinas preestabelecidas para o controle de infecção. Além disso, observa-se o fato de que os pacientes pós-operatórios estarem fisicamente debilitados, com sua resistência diminuída devido ao trauma mecânico (intervenção cirúrgica).

Comparando os D.E. Mínimos mais encontrados neste estudo com a pesquisa realizada por BACHION et al. (1995) com pacientes portadores de alterações cardíacas, observamos que os diagnósticos de enfermagem relacionado por esta autora é predominantemente voltada para as alterações biológicas manifestadas pela clientela e, no presente estudo, também há um predomínio de D. E. voltados para tais alterações, como por exemplo, os D.E. identificados nas necessidades humanas básicas de oxigenação, regulação neurológica, regulação vascular, regulação térmica, dentre outros.

TABELA 3 - NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS AFETADAS
RELACIONANDO A FREQUÊNCIA DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
MÍNIMOS IDENTIFICADOS NOS PACIENTES PÓS-OPERATÓRIOS DE
CIRURGIA CARDÍACA

NECESSIDADE BÁSICA AFETADAS	Frequência de D.E. Mínimos Identificados
1. OXIGENAÇÃO	# 4 Diagnósticos de Enf.
2. REGULAÇÃO NEUROLÓGICA	# 2 Diagnósticos de Enf.
3. REGULAÇÃO VASCULAR	# 2 Diagnósticos de Enf.
4. INTEGRIDADE CUTÂNEO-MUCOSA	# 2 Diagnósticos de Enf.
5. REGULAÇÃO TÉRMICA	# 2 Diagnósticos de Enf.
6. ALIMENTAÇÃO	# 2 Diagnósticos de Enf.
7. SEGURANÇA EMOCIONAL	# 2 Diagnósticos de Enf.
8. HIDRATAÇÃO	# 1 Diagnóstico de Enf.
9. ELIMINAÇÃO	# 1 Diagnóstico de Enf.
10. PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS	# 1 Diagnóstico de Enf.
11. SEGURANÇA FÍSICA/MEIO AMBIENTE	# 1 Diagnóstico de Enf.
12. TERAPÊUTICA	# 1 Diagnóstico de Enf.
13. ATIVIDADE FÍSICA	# 1 Diagnóstico de Enf.
14. SONO E REPOUSO	# 1 Diagnóstico de Enf.
15. CUIDADO CORPORAL	# 1 Diagnóstico de Enf.

Se observa que a necessidade básica de oxigenação foi a que obteve maior números de D.E. identificados (4 D.E.) seguido regulação neurológica, regulação

vascular, integridade cutâneo-mucosa, regulação térmica, alimentação e segurança emocional que obtiveram 2 D.E. identificados e as demais necessidades básicas (hidratação, eliminação, percepção dos órgãos dos sentidos, segurança física/meio ambiente, terapêutica, atividade física, sono e repouso e cuidado corporal) obtiveram 1 D.E. identificado cada.

Comparando o identificado neste estudo com o que BACHION et al. (1995) encontrou, se analisa que na necessidade básica afetada (N.B.A.) oxigenação a autora encontrou 3 D.E.; 3 D.E. para N.B.A. integridade cutâneo-mucosa;; 2 D.E. para N.B.A. regulação vascular; 2 D.E. para N.B.A. percepção dos órgãos dos sentidos; 2 D.E. para N.B.A. hidratação; 2 D.E. para N.B.A. segurança emocional; 2 D.E. para N.B.A. eliminação; 1 D.E. para N.B.A. regulação térmica; 1 D.E. para N.B.A. alimentação; 1 D.E. para N.B.A. atividade física; 1 D.E. para N.B.A. segurança física/meio ambiente; 1 D.E. para N.B.A. terapêutica; 1 D.E. para N.B.A. sono e repouso; 1 D.E. para N.B.A. cuidado corporal; 1 D.E. para N.B.A. sexualidade; 1 D.E. para N.B.A. necessidades psicossociais; 1 D.E. para a N.B.A. regulação neurológica; e 1 D.E. para N.B.A. educação para saúde/aprendizagem.

Confrontando os dois estudos se observa que as necessidades humanas básicas afetadas nos pacientes que se submeteram à cirurgia cardíaca e nos que apresentam alterações sem terem se submetido à cirurgia cardíaca, constata-se que os D.E., na

sua maioria, são os mesmos, porém estes últimos sujeitos apresentam mais duas necessidades humanas básicas alteradas evidenciadas, quais sejam, sexualidade e educação para saúde/aprendizagem. Este dado, permite dizer, que existe um determinado padrão de diagnóstico de enfermagem por paciente com problemas de saúde e necessidades humanas básicas alteradas comuns.

Pensa-se que isto deva-se ao fato de o enfermeiro estabelecer prioridades para o cuidado do paciente, uma vez que este se encontra em pós-operatório imediato.

6.2. CARACTERIZAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM MÍNIMOS

Após a identificação dos D.E. Mínimos e das Necessidades Humanas Básicas Afetadas em atenção ao objetivos propostos neste estudo, caracterizou-se estes D.E. de acordo com os sinais e sintomas (problemas de saúde/características definidoras) tendo em vista a etiologia (causa/fator relacionado) bem como estabeleceu-se as Prescrições Padrões de Enfermagem para cada D.E. Mínimo.

As Prescrições de Enfermagem são a unidade valorativa do Processo de Enfermagem, isto porque nivela a conduta da equipe de enfermagem, promovendo assim o cuidado individualizado, bem como permitindo sua continuidade e a

comunicação entre os demais membros da equipe de saúde. O enfermeiro deve possuir habilidades técnico-científicas que oriente seu raciocínio clínico em direção ao estabelecimento dos diagnósticos e então elaboração das prescrições de enfermagem. A Prescrição dos Cuidados serve para guiar as atividades de enfermagem e para atender as necessidades humanas básicas do paciente.

As prescrições de enfermagem têm por objetivar as intervenções do enfermeiro a fim do desenvolvimento de estratégias para prevenir, minimizar ou corrigir os diagnósticos de enfermagem apresentados pelo cliente.

Em atenção aos objetivos propostos neste estudo, descreve-se a seguir as Necessidades Humanas Básicas alteradas e os respectivos D.E. Mínimos (definição; sinais/sintomas/ problemas de saúde/características definidoras; etiologia/causa/fator relacionado) e as prescrições de enfermagem inerentes as mesmas.

NECESSIDADE BÁSICA ALTERADA

OXIGENAÇÃO: é a necessidade através da qual o organismo obtém oxigênio, que é o gás essencial na produção de ATP, que se constitui na fonte energética para a manutenção da vida celular. O organismo atende a necessidade de oxigenação através da ventilação, difusão dos gases entre os alvéolos e o sangue, e transporte dos gases através da hemoglobina para os tecidos.

1. PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ

Definição: estado em que o padrão de inspiração e/ou expiração de um indivíduo não desempenha o enchimento ou o esvaziamento adequado dos pulmões.

Sinais/Sintomas/Problemas de Saúde/Características Definidoras

- ❖ Modificações do padrão respiratório ou frequência;
- ❖ Modificações do pulso em sua frequência e ritmo;
- ❖ Presença de cateter nasal de oxigênio no auxílio na ventilação;
- ❖ Aumento da secreção traqueobrônquica;
- ❖ Diminuição da saturação de oxigênio;
- ❖ Imobilidade no leito;
- ❖ Respiração curta;
- ❖ Verbalização de dor na ferida operatória de região retroesternal;

Etiologia/Causa/Fator Relacionado

- ◆ Dor ao inspirar localizada na ferida operatória em região retroesternal;
- ◆ Dano músculo-esquelético;
- ◆ Fadiga.

Prescrições de Enfermagem

- A. Identificar os fatores causais;
- B. Explicar procedimentos prestados;
- C. Conversar com o paciente para reduzir o medo de sentir dor ao respirar;
- D. Determinar a localização do desconforto;
- E. Encorajar a respiração lenta e profunda, fazendo pausas para locomoção no leito ou ao deambular pela primeira vez após imobilização devido a cirurgia;
- F. Realizar medicação para dor orientando o paciente para possíveis efeitos colaterais e observar a reação do paciente após administração de tal medicação;
- G. Manter cabeceira elevada a 30 graus a fim de manter uma melhor oxigenação;
- H. Aspirar VAS 3x/dia e sempre que necessário;

- I. Monitorar saturação de oxigênio e padrão ventilatório atentando para sinais de cianose, taquipnéia e dispnéia e comunicar a equipe a ocorrência destes sinais;
- J. Realizar procedimentos atentando para o conforto do paciente a fim de diminuir fadiga no pós-operatório.

2. RESPOSTA DISFUNCIONAL AO DESMAME VENTILATÓRIO

Definição: estado em que o indivíduo não pode adaptar-se à redução dos níveis do suporte ventilatório mecânico, interrompendo ou prolongando o período do desmame.

Sinais/Sintomas/Problemas de Saúde/ Características Definidoras

- ❖ Sudorese, agitação;
- ❖ Taquipnéia quando diminuído níveis de oxigênio da ventilação mecânica;
- ❖ Diminuição da saturação de oxigênio;
- ❖ Dispnéia.

Etiologia/Causa/Fator Relacionado

- ◆ Desequilíbrio relação-perfusão e incapacidade para manutenção da ventilação espontânea;
- ◆ Relacionada à ansiedade relativa ao esforço respiratório.

Prescrições de Enfermagem

- A. Investigar se os substratos de energia estão inadequados durante o desmame: oxigênio, nutrição e repouso;
- B. Determinar a prontidão para o desmame: concentração de oxigênio de 50% ou menos do ventilador, PEEP menor do que 5 cm de H₂O de pressão, FR menor que 30 mpm, força muscular respiratória adequada, vontade de tentar o desmame;
- C. Explicar o processo do desmame;
- D. Manter cabeceira elevada a 30 graus a fim de manter uma melhor oxigenação;
- E. Monitorar freqüentemente o estado do paciente, observando saturação de O₂, padrão ventilatório, sudorese, cianose, variabilidade da FR e FC;
- F. Se a pessoa está se tornando agitada, acalmá-la mantendo tranqüilidade e dizendo que a entubação é temporária;
- G. Criar um ambiente favorável ao desmame que aumente os sentimentos de segurança da pessoa;
- H. Auxiliar a pessoa a tossir e respirar profundamente e usar a aspiração para melhorar a entrada de ar;
- I. Proporcionar períodos de repouso para evitar fadiga;

J. Coordenar o horário da analgesia se o paciente referir dor realizando rodízio para medicação IM/SC e anotar no controle intensivo.

3. DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DAS VIAS AÉREAS

Definição: estado em que o indivíduo é incapaz de eliminar secreções ou obstruções do trato respiratório para manter a permeabilidade das vias aéreas.

Sinais/Sintomas/Problemas de Saúde/ Características Definidoras

- ❖ Tosse ineficaz para eliminar secreções;
- ❖ Aumento na secreção do tubo endotraqueal (TET);
- ❖ Diminuição da saturação de oxigênio;
- ❖ Cianose;
- ❖ Dispnéia.

Etiologia/Causa/Fator Relacionado

- ◆ Presença de tubo endotraqueal;
- ◆ Relacionada a imobilidade secundária à cirurgia.

Prescrições de Enfermagem

- A. Investigar os fatores causais: tosse ineficaz, aumento da secreção TET, imobilidade;
- B. Reduzir ou eliminar os fatores causais;
- C. Instruir a pessoa sobre o método adequado de tossir;

- D. Explicar a importância de tossir para eliminar as secreções traqueobrônquicas;
- E. Aspirar VAS 3x/dia e se necessário;
- F. Alternar decúbito proporcionando conforto para o paciente e para auxiliar na eliminação das secreções;
- G. Manter cuidado com suporte ventilatório;
- H. Manter cabeceira elevada a 30 graus a fim de manter uma melhor oxigenação.

4. INCAPACIDADE PARA MANTER VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA

Definição: estado em que a diminuição das reservas energéticas provoca no indivíduo a incapacidade para a manutenção da vida.

Sinais/Sintomas/Problemas de Saúde/ Características Definidoras

- ❖ Dispnéia;
- ❖ Cianose e taquipnéia

Etiologia/Causa/Fator Relacionado

- ◆ Ansiedade;
- ◆ Diminuição da energia e fadiga;
- ◆ Dor na ferida operatória em região retroesternal

Prescrições de Enfermagem

- A. Explicar procedimentos prestados a fim de reduzir ansiedade;
- B. Observar alterações no padrão ventilatório, FC, extremidades aquecidas, mucosas, saturação de O₂, cianose, dispnéia, localização da dor;
- C. Administrar medicação analgésica conforme prescrição médica atentando para efeitos colaterais e efeito analgésica após administração desta;
- D. Proporcionar ambiente tranquilo atentando para sinais de desconforto;
- E. Observar padrões no respirador: volume de ar corrente (VAC), quantidade de oxigênio (FIO₂), PEEP.

NECESSIDADE BÁSICA ALTERADA

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA: é a necessidade de preservar e/ou restabelecer o funcionamento do sistema nervoso, que tem um papel fundamental no controle e coordenação de todas as atividades do corpo e alguns aspectos do comportamento (Atkinson e Murray, 1989).

1. CONFUSÃO AGUDA

Definição: surgimento abrupto e flutuante de distúrbios na consciência, atenção, percepção, memória, orientação, raciocínio, ciclo de sono-vigília e comportamento psicomotor.

Sinais/Sintomas/Problemas de Saúde/ Características Definidoras

Surgimento abrupto e de um conjunto de distúrbios flutuantes:

- ❖ Consciência;
- ❖ Atenção;
- ❖ Orientação;
- ❖ Ciclo de sono-vigília;
- ❖ Não responde aos estímulos;
- ❖ Percepção;
- ❖ Memória;
- ❖ Raciocínio;
- ❖ Comportamento psicomotor.

Etiologia/Causa/Fator Relacionado

- ◆ Relacionados a perturbação do metabolismo cerebral secundária à anestesia geral e à cirurgia;
- ◆ Relacionados à hipóxia cerebral e/ou perturbações no metabolismo cerebral secundária à falência cardíaca congestiva e infarto do miocárdio.

Prescrições de Enfermagem

- A. Observar sinais de respostas aos comandos de voz e expressão de dor;
- B. Explicar procedimento prestados;

C. Estimular paciente a participar de sua terapêutica.

2. COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA

Definição: estado em que o indivíduo apresenta uma diminuição ou uma ausência na habilidade para falar, mas pode entender a linguagem na interação humana.

Sinais/Sintomas/Problemas de Saúde/ Características Definidoras

❖ Incapacidade de pronunciar palavras, mas entende-as.

Etiologia/Causa/Fator Relacionado

◆ Relacionada a equipamentos mecânicos (entubação endotraqueal, ventilador mecânico).

Prescrições de Enfermagem

A. Explicar os procedimentos prestados;

B. Tranqüilizar o paciente sobre seu estado provisório (presença do TET).

NECESSIDADE BÁSICA ALTERADA

REGULAÇÃO VASCULAR: é a necessidade de manter o funcionamento do sistema cardiovascular a nível ótimo, cuja função é transporte e distribuição de nutrientes vitais através do sangue para os tecidos e remoção das substâncias desnecessárias.

1. DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO

Definição: estado em que a quantidade de sangue bombeado pelo coração de um indivíduo está suficientemente reduzido, sendo inadequado para atender às necessidades dos tecidos corporais.

Sinais/Sintomas/Problemas de Saúde/ Características Definidoras

- ❖ Variabilidade da pressão sangüínea;
- ❖ Fibrilação Atrial;
- ❖ Cianose de extremidades;
- ❖ Dispnéia;
- ❖ Edema de extremidades;
- ❖ Ansiedade/medo.

Etiologia/Causa/Fator Relacionado

- ◆ Alteração na pós-carga;
- ◆ Alteração na pré-carga;
- ◆ Alteração na condução;
- ◆ Alteração no ritmo;
- ◆ Alteração na freqüência.

Prescrições de Enfermagem

- A. Administrar e instruir sobre os agentes antiarrítmicos quando necessário;

- B. Monitorar freqüentemente os sinais vitais :FR,FC, temperatura, alterações do sensório, e aumento no edema de extremidades;
- C. Atentar para as arritmias apresentadas e, se necessário, consultar a equipe médica sobre as medicação administradas;
- D. Vigiar a freqüência dos pulsos apical e radial atentando para mudanças;
- E. Observar os efeitos colaterais das medicações administradas, principalmente os efeitos vagais;
- F. Eliminar ansiedades e medos que possam agravar o estado de saúde do paciente;
- G. Proporcionar medidas de bem-estar e confiança ao paciente;

2. ALTERAÇÃO NA PERFUSÃO TISSULAR CARDIOPULMONAR

Definição: estado em que o indivíduo experimenta a nível celular uma diminuição na nutrição e na oxigenação, devido a um déficit no suprimento sanguíneo capilar.

Sinais/Sintomas/Problemas de Saúde/ Características Definidoras

- ❖ Pele e extremidades fria;
- ❖ Pressão sanguínea diminuída;
- ❖ Demora de mais de três segundos para o enchimento dos capilares (arterial);

❖ Edema de extremidades;

Etiologia/Causa/Fator Relacionado

◆ Relacionados a comprometimento do fluxo sanguíneo secundário a:

→ HAS;

→ DM.

◆ Hipovolemia.

Prescrições de Enfermagem

A. Investigar os fatores causais;

B. Monitorar frequentemente os sinais vitais :FR,FC, temperatura, alterações do sensório, e aumento no edema de extremidades;

C. Manter as extremidades aquecidas;

D. Reduzir o risco para trauma:

- Mudar de decúbito conforme aceitação do paciente;
- Evitar pernas cruzadas;
- Reduzir os pontos de pressão, principalmente atentar para as proeminências ósseas;

E. Realizar HGT de h/h ou conforme prescrição médica comunicando alterações de hipo ou hiperglicemia;

F. Atentar para sinais de hipoglicemia: sudorese, sonolência, hipoatividade.

NECESSIDADE BÁSICA ALTERADA

HIDRATAÇÃO: é a necessidade de manter em nível ótimo os líquidos corporais, compostos essencialmente pela água, que é responsável pela maioria das reações químicas do organismo.

1. RISCO PARA DÉFICIT NO VOLUME DE LÍQUIDOS

Definição: estado em que o indivíduo apresenta um risco para experimentar desidratação vascular, celular ou intracelular.

Sinais/Sintomas/Problemas de Saúde/ Características Definidoras

- ❖ Mucosas/pele desidratadas;
- ❖ Extremos de idade (pessoas idosas);
- ❖ Excessivas perdas de líquidos por vias normais (diarréia);
- ❖ Excessivas perdas de líquidos por vias anormais (drenos de mediastino e pleural, porto vac, sonda vesical de demora, etc.);
- ❖ Medicamentos diuréticos (furosemide) e vasodilatadores (NPS, NTG);
- ❖ Equilíbrio negativo entre a ingesta e a eliminação;
- ❖ Sede;
- ❖ Febrícula (temperatura entre 37,5 - 37,7 graus);
- ❖ Náuseas e vômitos;
- ❖ Imobilidade física.

Etiologia/Causa/Fator Relacionado

- ◆ Relacionada com perda ativa de líquidos por vias normais e anormais;
- ◆ Relacionados à vômitos e náuseas;
- ◆ Relacionados ao uso excessivo de diuréticos e vasodilatadores.

Prescrições de Enfermagem

- A. Observar/comunicar alterações de sinais vitais (FC, FR, temperatura), cianose, sede intensa, náuseas, vômitos (aspecto e quantidade);
- B. Controlar/fechar balanço hídrico de 6/6 horas e as 24 horas atentando para ingesta e eliminações de líquidos;
- C. Alternar paciente de decúbito conforme aceitação e conforto do paciente;
- D. Observar hidratação das mucosas, turgor e elasticidade da pele;
- E. Controlar gotejo e prescrição médica dos medicamentos diuréticos e vasodilatadores observando efeitos colaterais e aumento excessivo de diurese;
- F. Medir diurese de 6/6 horas observando aspecto e quantidade de diurese e anotar no controle intensivo;
- G. Medir e massagear drenos de h/h observando aspecto da drenagem e anotar no controle intensivo;

- H. Observar drenagem nos curativos em região retroesternal e/ou membros inferiores ou superiores;
- I. Manter a temperatura corporal abaixo de 38,4 graus através de medicações antitérmicas conforme prescrição médica;
- J. Se temperatura alta (acima de 38 graus) eliminar cobertas excessivas.

NECESSIDADE BÁSICA ALTERADA

ELIMINAÇÃO: é a necessidade do organismo em livrar-se de substâncias indesejáveis ou presentes em quantidades excessivas.

1. CONSTIPAÇÃO

Definição: estado em que o indivíduo apresenta uma mudança nos hábitos intestinais normais, caracterizado por uma diminuição na frequência e/ou eliminação de fezes endurecidas e secas.

Sinais/Sintomas/Problemas de Saúde/ Características Definidoras

- ❖ Fezes endurecidas, bem formadas ou não;
- ❖ Ruídos hidroaéreos diminuídos ou ausentes;
- ❖ Sensação de "vontade de evacuar";
- ❖ Abdome tenso;
- ❖ Frequência de eliminação menor do que o habitual;

- ❖ Imobilidade no leito.

Etiologia/Causa/Fator Relacionado

- ◆ Relacionados a efeitos da anestesia;
- ◆ Relacionados a cirurgia que reduz a capacidade ao esforço;
- ◆ Relacionados ao medo de dor na ferida operatória da região retroesternal;
- ◆ Relacionados a peristaltismo diminuído secundário a imobilidade física e estresse;
- ◆ Relacionados a falta de privacidade no leito.

Prescrições de Enfermagem

- A. Investigar os fatores causais: medo de sentir dor, imobilidade física, efeito pós anestésico, diminuição de força, falta de privacidade (hospitalização);
- B. Recomendar a tentativa de eliminação uma hora após a alimentação (reflexo gastro-cólico);
- C. Explicar aos pacientes pós-operatórios dos efeitos da anestesia na inibição do peristaltismo intestinal;
- D. Auxiliar no posicionamento da comadre se o paciente não puder sair fora do leito;

- E. Observar sinais de dor em ferida operatória da região retroesternal e, se necessário, administrar analgesia conforme prescrição médica;
- F. Proporcionar deambulação ao paciente, quando tolerada, para contrabalançar os efeitos dos agentes anestésicos;
- G. Proporcionar privacidade (fechar as cortinas, fechar a porta do banheiro);
- H. Alternar decúbito conforme aceitação do paciente e, se possível, sentar o paciente fora do leito;
- I. Auxiliar na ida do paciente ao banheiro se este já estiver em condições de deambular;
- J. Explicar para o paciente as relações entre as modificações no estilo de vida quando hospitalizado e a constipação;
- K. Explicar os procedimentos prestados para aliviar a imobilidade e reduzir o estresse.

NECESSIDADE BÁSICA ALTERADA

INTEGRIDADE CUTÂNEO-MUCOSA: é a necessidade através da qual o organismo mantém as características de elasticidade, sensibilidade, vascularização, umidade e coloração do tecido epitelial, subcutâneo e mucosa.

1. INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA

Definição: estado em que o indivíduo experimenta danos na mucosa, em membranas corneal ou tegumentar ou no tecido subcutâneo.

Sinais/Sintomas/Problemas de Saúde/ Características Definidoras

- ❖ Lesões aos tecidos corneal, tegumentar ou mucoso por invasão da estrutura orgânica (incisão cirúrgica em região retroesternal);
- ❖ Eritema.

Etiologia/Causa/Fator Relacionado

- ◆ Relacionados à diminuição de sangue e nutrientes aos tecidos secundária a diabete melito e distúrbio cardíaco;
- ◆ Relacionado à diminuição de sangue e nutrientes aos tecidos secundária a cirurgia em região retroesternal e membro inferior direito.

Prescrições de Enfermagem

- A. Monitorar alterações nos sinais vitais (FC, FR, temperatura, PAM) atentando para presença de arritmias e saturação de oxigênio;
- B. Monitorar níveis de glicemia de h/h ou conforme prescrição médica, atentando para sinais de hipoglicemia;
- C. Verificar condições da ferida operatória (F.O.) em região retroesternal e em membro inferior direito, observando sinais de sangramento, drenagem

de secreções (aspecto e quantidade) por F.O., hiperemia e dor no local cirúrgico;

D. Observar condições dos pontos cirúrgicos (aspecto, deiscência);

E. Realizar curativo na F.O. de região retroesternal 1x/dia com solução fisiológica a partir do 1º P.O. e no membro inferior direito a partir do 2º P.O. e quando necessário.

2. PROTEÇÃO ALTERADA

Definição: estado em que o indivíduo experimenta uma diminuição de sua capacidade para proteger-se de ameaças externas ou internas, tais como doença ou lesão.

Sinais/Sintomas/Problemas de Saúde/ Características Definidoras

- ❖ Deficiência na cicatrização (Diabete melito);
- ❖ Alteração na coagulação;
- ❖ Dispnéia;
- ❖ Tosse;
- ❖ Fadiga;
- ❖ Fraqueza;
- ❖ Imobilidade.

Etiologia/Causa/Fator Relacionado

- ◆ Relacionada a incisão cirúrgica em região retroesternal e membro inferior direito;
- ◆ Relacionada ao tratamento farmacológico com anticoagulante;
- ◆ Relacionada a imobilidade no leito para recuperação pós-cirurgia cardíaca.

Prescrições de Enfermagem

- A. Verificar condições da ferida operatória (F.O.) em região retroesternal e em membro inferior direito, observando sinais de sangramento, drenagem de secreções (aspecto e quantidade) por F.O., hiperemia e dor no local cirúrgico;
- B. Observar condições dos pontos cirúrgicos (aspecto, deiscência);
- C. Realizar curativo na F.O. de região retroesternal 1x/dia com solução fisiológica a partir do 1º P.O. e no membro inferior direito a partir do 2º P.O. e quando necessário;
- D. Verificar sinais de sangramento nas mucosas, drenagem sangüínea em F.O. em região retroesternal e membro inferior direito, hematúria;
- E. Estabelecer um plano dietético juntamente com a nutricionista e com o paciente para restaurar as defesas protetoras;
- F. Oferecer alimentação freqüentes e em pequenas quantidades;

G. Alternar decúbito do paciente conforme aceitação e conforto.

NECESSIDADE BÁSICA ALTERADA

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS: é a necessidade de, através de estímulos nervosos, o organismo manter contato com o meio.

1. DOR AGUDA

Definição: estado em que o indivíduo experimenta e relata a presença de severo desconforto ou uma sensação desconfortável, durando de 1 segundo até menos de 6 meses.

Sinais/Sintomas/Problemas de Saúde/ Características Definidoras

- ❖ Verbalização de dor;
- ❖ Autofocalização;
- ❖ Dificuldade de mobilidade no leito;
- ❖ Expressão facial de dor;
- ❖ Desânimo;
- ❖ Alteração no tônus muscular quando estímulo doloroso.

Etiologia/Causa/Fator Relacionado

- ◆ Relacionado a trauma tissular secundária a cirurgia em região retroesternal e/ou cirurgia em membro inferior;

- ◆ Relacionado a imobilidade no leito.

Prescrições de Enfermagem

- A. Proporcionar ao paciente e sua família informações acerca da medicação administrada;
- B. Verificar sinais vitais antes da administração da analgesia, observando sinais de hipotensão, náuseas, sudorese;
- C. Atentar para sinais de dor: expressão facial, verbalização, focalização da dor;
- D. Proporcionar ambiente tranquilo e confortável;
- E. Administração analgesia conforme prescrição médica verificando sinais de efeitos colaterais da mesma;
- F. Realizar rodízio para medicação IM/SC e anotar no controle intensivo;
- G. Alternar decúbito conforme aceitação e conforto do paciente;
- H. Observar resposta ao analgésico após sua administração.

NECESSIDADE BÁSICA ALTERADA

REGULAÇÃO TÉRMICA: é a necessidade do organismo em manter a temperatura central (temperatura interna) dentro de uma faixa de normalidade (36° a 37,3° C) (Athinson e Murray, 1989).

1. HIPOTERMIA

Definição: estado na qual o indivíduo apresenta ou está em risco para apresentar e/ou manter uma redução da temperatura corporal abaixo de 35,5° C devido à vulnerabilidade aumentada aos fatores externos.

Sinais/Sintomas/Problemas de Saúde/ Características Definidoras

- ❖ Redução da temperatura corporal abaixo de 35,5 ° graus;
- ❖ Extremidades e pele frias;
- ❖ Mucosas cianóticas;
- ❖ Sonolência;
- ❖ Pulso diminuído.

Etiologia/Causa/Fator Relacionado

- ◆ Relacionado à diminuição do mecanismo basal secundária a indução da hipotermia no transoperatório;
- ◆ Relacionado a medicamentos que ocasionam vasodilatação (NTG, NPS).

Prescrições de Enfermagem

A. Monitorar os sinais vitais em especial a temperatura corporal e observar temperatura ambiental;

- B. Observar/comunicar cianose, variabilidade no pulso, alterações no ECG, tremores, palidez, alterações na saturação de oxigênio;
- C. Verificar os exames de laboratório: gasometria arterial, eletrólitos séricos, glicemia e comunicar alterações;
- D. Proporcionar um ambiente confortável e aquecido ao paciente;
- E. Manter cuidados com nitroglicerina (NTG) administrada: controlar rigorosamente gotejo, utilizar frasco de plástico rígido ou frasco de vidro e controlar a T. A. de 15/15 minutos;
- F. Manter cuidados com nitroprussiato (NPS) administrado: controlar rigorosamente gotejo, verificar T. A. de 15/15 minutos, proteger frasco da luz, trocar solução a cada 24 horas;
- G. Aquecer extremidades com algodão laminado se necessário.

2. RISCO PARA ALTERAÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL

Definição: estado em que o indivíduo apresenta risco para falha em manter a temperatura corporal dentro da faixa normal.

Sinais/Sintomas/Problemas de Saúde/ Características Definidoras

- ❖ Variabilidade de temperatura (35,5 - 37,5 graus).

→ Fatores de Risco

- ❖ Extremos de idade (no CTI Cardíaca 90% dos paciente são idosos);

- ❖ Extremos de idade;
- ❖ Inatividade no leito;
- ❖ Medicacões que ocasionam vasoconstrição ou vasodilataçã, alterações no metabolismo basal, sedaçã;
- ❖ Exposiçã a ambientes frios ou quentes.

Etiologia/Causa/Fator Relacionado

- ◆ Relacionado a medicamentos que ocasionam vasodilataçã (NTG, NPS);
- ◆ Relacionados aos efeito do resfriamento de sala de operações.

Prescrições de Enfermagem

- A. Monitorar os sinais vitais em especial a temperatura corporal e observar temperatura ambiental;
- B. Observar/comunicar cianose, variabilidade no pulso, alterações no ECG, tremores, palidez, alterações na saturaçã de oxigênio;
- C. Verificar os exames de laboratãrio: gasometria arterial, eletrólitos séricos, glicemia e comunicar alterações;
- D. Proporcionar um ambiente confortãvel e aquecido ao paciente;
- E. Manter cuidados com nitroglicerina (NTG) administrada: controlar rigorosamente gotejo, utilizar frasco de plãstico rígado ou frasco de vidro e controlar a T. A. de 15/15 minutos;

- F. Manter cuidados com nitroprussiato (NPS) administrado: controlar rigorosamente gotejo, verificar T. A. de 15/15 minutos, proteger frasco da luz, trocar solução a cada 24 horas;
- G. Manter extremidades aquecidas com algodão laminado se hipotermia ou reduzir roupas ou cobertas deixando o paciente mais a vontade se hipertermia.

NECESSIDADE BÁSICA ALTERADA

SEGURANÇA FÍSICA/MEIO AMBIENTE: é a necessidade de manter um meio ambiente livre de agentes agressores à vida, a fim de preservar a integridade psicobiológica.

1. RISCO PARA INFECÇÃO

Definição: estado em que o indivíduo está com risco aumentado para ser invadido por organismos patogênicos.

Sinais/Sintomas/Problemas de Saúde/ Características Definidoras

- ❖ Técnicas invasivas: intracath, venóclise, drenos pleural e/ou de mediastino, flebotomia em região inguinal, linha arterial em membro superior, sondagem vesical de demora, Swan-Ganz, sonda nasogátrica (SNG) aberta em frasco, sonda nasoentérica (SNE), ventilação mecânica e tubo endotraqueal;

- ❖ Ferida operatória em região retroesternal e/ou região de membro inferior.

Etiologia/Causa/Fator Relacionado

- ◆ Relacionado à presença de vias invasivas por solução de continuidade;
- ◆ Relacionado à incisão cirúrgica na região retroesternal e/ou região de membro inferior ocasionado por trauma mecânico.

Prescrições de Enfermagem

- A. Monitorar sinais vitais atentando para elevação da temperatura corporal e informar se elevar;
- B. Administrar antibioticoterapia profilática conforme orientação médica;
- C. Lavar as mãos a cada contato com o paciente;
- D. Observar resultados de exames hematológicos atentando para alterações na defesa do paciente;
- E. Realizar curativo da ferida operatória em região retroesternal e/ou região do membro inferior 1x/dia com solução fisiológica 0,9% ou quando necessário;
- F. Atentar para sangramento no local dos pontos, secreção nas feridas operatórias, presença de hipertermia, edema e dor aumentada no local;

- G. Manter cuidados com alimentação enteral por SNG ou SNE: trocar seringa para lavagem da sonda e trocar frasco para drenagem de sonda se necessário;
- H. Manter cuidados com cateteres venosos profundos (intracath ou flebotomia): trocar curativos com clorhexidine alcoólico (10ml) utilizando opsite;
- I. Realizar atissepsia no local da punção com clorhexidine alcoólico;
- J. Manter cuidados com cateteres venosos periféricos: abocath, scalp, venocath;
- K. Trocar equipos, dânuas e extensões a cada 72 horas, conforme rótulos e registrar no controle intensivo os débitos;
- L. Manter cuidados com linha arterial: trocar curativo da linha arterial a cada 48 horas e quando necessário (atividade exclusiva do enfermeiro), manter flush contínuo em bomba de infusão, trocar seringa do flush a cada 6 horas, observar condições circulatórias do local, administrar flush de 6/6 horas e quando necessário ;
- M. Manter cuidados com Swan-Ganz: trocar curativo do cateter quando necessário com clorhexidine alcoólico, manter via proximal e diastal com

solução padronizada, dar flusck nas vias proximal e distal na passagem do plantão atentando para permeabilidade das mesmas;

- N. Trocar membranas de linha arterial e Swan-Ganz a cada 96 horas;
- O. Trocar curativos dos drenos 1x/dia e quando necessário observando as condições da inserção dos pontos;
- P. Manter cuidados com drenos de tórax: observar aspecto da drenagem e quantidade, trocar frasco de drenagem de tórax a cada 24 horas;
- Q. Manter cuidados com suporte ventilatório: trocar cateter nasal 2x/dia (de 12/12 horas), trocar extensão do oxigênio a cada 7 dias;
- R. Trocar sistema de aspiração fechado 48/48 horas;
- S. Trocar filtro de respirador Servo 1x/dia;
- T. Trocar água destilada e equipo umidificador do respirador de 72/72 horas;
- U. Manter cuidados com Sonda Foley;
- V. Interromper as vias invasivas assim que for possível.

NECESSIDADE BÁSICA ALTERADA

TERAPÊUTICA: é a necessidade que auxilia o indivíduo a recuperar seu equilíbrio hemodinâmico, quando este não consegue realizar por si só (Paula, 1993).

1. SÍNDROME DO DESUSO

Definição: estado em que o indivíduo apresenta risco de deterioração dos sistemas corporais como resultado de uma inatividade músculo-esquelética inevitável ou prescrita como medida terapêutica.

Sinais/Sintomas/Problemas de Saúde/ Características Definidoras

→ Presença de um conjunto de diagnósticos de enfermagem de risco ou reais relacionados à inatividade:

- ❖ Risco para integridade da pele prejudicada;
- ❖ Risco para constipação;
- ❖ Risco para função respiratória alterada;
- ❖ Risco para perfusão tissular periférica alterada;
- ❖ Risco para infecção;
- ❖ Risco para intolerância à atividade;
- ❖ Risco para mobilidade física prejudicada;
- ❖ Risco para senso-percepção alterada.

Etiologia/Causa/Fator Relacionado

- ◆ Relacionado à inatividade prescrita;
- ◆ Relacionada à presença de ventilação mecânica;
- ◆ Relacionado à recuperação pós-operatória;

- ◆ Relacionada à dor aguda.

Prescrições de Enfermagem

- A. Sentar o paciente fora do leito conforme sua aceitação e anotar no controle intensivo;
- B. Deambular a medida que tolerar;
- C. Proporcionar ambiente tranquilo e minimizar a dor com medicação analgésica conforme prescrição médica atentando para efeitos colaterais da mesma;
- D. Oferecer uma ingesta líquida adequada e conversar com nutrição sobre um aporte de proteína eficaz;
- E. Evitar escaras: aplicar dispositivos de ajuda sobre regiões de proeminências ósseas (colchão piramidal, almofadinhas entre as proeminências ósseas etc.); realizar mudança de decúbito conforme aceitação do paciente;
- F. Procurar proporcionar privacidade durante as evacuações do paciente;
- G. Realizar exercícios de tosse e expectoração 3x/dia e sempre que necessário;
- H. Promover o funcionamento respiratório ideal: posicionar a cabeceira elevada a 30 graus; auxiliar no reposicionamento; encorajar a respiração

profunda e eficaz; encorajar pequenas refeições freqüentemente a fim de evitar a distensão abdominal.

NECESSIDADE BÁSICA ALTERADA

ALIMENTAÇÃO: é a necessidade do organismo de obter os nutrientes necessários para manter a vida celular.

1. DEGLUTIÇÃO ALTERADA

Definição: estado em que o indivíduo tem dificuldade para passagem voluntária de líquidos ou sólidos da boca para o estômago.

Sinais/Sintomas/Problemas de Saúde/ Características Definidoras

- ❖ Evidência de dificuldade de deglutição
- ❖ Tosse.

Etiologia/Causa/Fator Relacionado

- ◆ Relacionado à fadiga e à dor em região retroesternal.

Prescrições de Enfermagem

- A. Proporcionar conforto ao paciente nas horas das refeições posicionando o paciente de modo a permitir uma refeição agradável;
- B. Oferecer alimentação pastosa em pequenas quantidades e várias vezes ao dia;

- C. Observar presença de dor e, se necessário, administrar medicamento analgésico conforme prescrição médica atentando para alívio da dor ou efeitos colaterais da mesma.

2. DÉFICIT NO AUTO-CUIDADO: ALIMENTAÇÃO

Definição: estado em que o indivíduo experimenta uma habilidade prejudicada para desempenhar ou completar suas atividades de alimentar-se.

Sinais/Sintomas/Problemas de Saúde/ Características Definidoras

- ❖ Intolerância à atividade;
- ❖ Força diminuída;
- ❖ Fadiga;
- ❖ Dor na região retroesternal e/ou região de membro inferior;
- ❖ Incapacidade para cortar alimentos e/ou trazer alimento à boca.

Etiologia/Causa/Fator Relacionado

- ◆ Relacionada à fadiga e dor pós-operatória;
- ◆ Fraqueza muscular relacionada à idade.

Prescrições de Enfermagem

- A. Manter uma ingesta adequada de nutrientes;
- B. Proporcionar alimentação freqüente e em pequenas quantidades;

- C. Permitir que os familiares ajudem o paciente na sua alimentação a fim de proporcionar um ambiente mais agradável;
- D. Manter um ambiente tranqüilo para minimizar a fadiga pós-operatória;
- E. Observar presença de dor, já que esta pode alterar o apetite e, se necessário, administrar medicamento analgésico conforme prescrição médica atentando para alívio da dor ou efeitos colaterais da mesma.

NECESSIDADE BÁSICA ALTERADA

ATIVIDADE FÍSICA: é a necessidade de mover-se propositadamente no meio ambiente, através do uso da capacidade de controle e relaxamento dos grupos musculares.

1. MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA

Definição: estado em que o indivíduo experimente uma limitação na habilidade para movimentos físicos independentes.

Sinais/Sintomas/Problemas de Saúde/ Características Definidoras

- ❖ Incapacidade para mover-se no leito ou fora dele;
- ❖ Relutância em mover-se;
- ❖ Dor e mal-estar.

Etiologia/Causa/Fator Relacionado

- ◆ Relacionados à dor em região retroesternal e/ou em membro inferior e/ou local de inserção dos drenos pleural e de mediastino;
- ◆ Relacionada à fadiga.

Prescrições de Enfermagem

- A. Alternar decúbito conforme aceitação e tolerância do paciente e anotar no controle intensivo;
- B. Sentar paciente fora do leito pela manhã e a tarde;
- C. Explicar os procedimentos prestado e a importância da locomoção para a recuperação pós-operatória.

NECESSIDADE BÁSICA ALTERADA

SONO E REPOUSO: é a necessidade do organismo manter, durante um período, corpo e mente em estado em imobilidade parcial ou completa e as funções corporais parcialmente suspensas.

1. DISTÚRPIO NO PADRÃO DO SONO

Definição: interrupção do período do sono causando desconforto ou interferindo no estilo e vida desejada.

Sinais/Sintomas/Problemas de Saúde/ Características Definidoras

- ❖ Queixa de dificuldade de adormecer;
- ❖ Acorda durante o sono.

Etiologia/Causa/Fator Relacionado

- ◆ Relacionado à ansiedade e depressão devido à hospitalização.

Prescrições de Enfermagem

- A. Discutir com o paciente as possíveis causas da mudança no padrão do sono;
- B. Tranqüilizar o paciente quanto a sua recuperação no pós-operatório;
- C. Observar as expressões de medo e ansiedade e conversar com o paciente sobre suas dúvidas a respeito da cirurgia ou seus hábitos após a mesma;
- D. Proporcionar ao paciente um ambiente tranqüilo que inspire descanso (apagar as luzes do leito, manter silêncio, colocar horários para medicação que não seja incômoda para seu descanso).

NECESSIDADE BÁSICA ALTERADA

CUIDADO CORPORAL: é a necessidade do indivíduo de emitir comportamento deliberada, responsável e eficazmente, a fim de preservar seu asseio corporal.

1. DÉFICIT NO AUTO-CUIDADO: HIGIENE CORPORAL E/OU TOALETE

Definição: estado em que o indivíduo experimenta uma habilidade prejudicada para realizar ou completar por si mesmo atividades de banho e/ou higiene e de toailete.

Sinais/Sintomas/Problemas de Saúde/ Características Definidoras

- ❖ Inabilidade em mover-se até a fonte de água para higienizar-se.

Etiologia/Causa/Fator Relacionado

- ◆ Relacionado à fadiga e à dor pós-operatórias;
- ◆ Relacionados à equipamento endovenosos.

Prescrições de Enfermagem

- A. Ensinar o paciente a participar das atividades do auto-cuidado;
- B. Tranqüilizar o paciente sobre o período temporário da recuperação pós-operatório;
- C. Prestar cuidados de higiene e conforto: banhar paciente 1x/dia (noite, conforme rotina deste hospital), higienizar couro cabeludo de 3/3 dia conforme rotina, realizar tricotomia facial de 2/2 dias, realizar higiene oral com solução de bórax de 3/3 horas ou após refeições;

- D. Pedir aos familiares que tragam ao hospital para o paciente a escova e pasta de dentes, o pente para os cabelos e algum utensílio que o paciente esteja acostumado a utilizar;
- E. Pedir para o familiar mais próximo do paciente ajudar o mesmo nas atividades de higiene e toalete.

NECESSIDADE BÁSICA ALTERADA

SEGURANÇA EMOCIONAL: é a necessidade de ter confiança nos sentimentos e emoções dos outros em relação a si.

1. ANSIEDADE

Definição: um vago sentimento de incômodo e inquietação, cuja fonte é frequentemente inespecífica ou desconhecida pelo indivíduo.

Sinais/Sintomas/Problemas de Saúde/ Características Definidoras

- ❖ Insônia;
- ❖ Náuseas/vômitos;
- ❖ Inabilidade para relaxar;
- ❖ Retraimento;
- ❖ Apreensão;
- ❖ Incerteza;

❖ *Agitação.*

Etiologia/Causa/Fator Relacionado

- ◆ Relacionados à mudança real de ambiente secundária a hospitalização.

Prescrições de Enfermagem

- A. Monitorar o nível de ansiedade do paciente;
- B. Manter um ambiente tranquilo e seguro (diminuir estímulos, tranquilizar paciente quanto hospitalização);
- C. Atentar para sua participação nas atividades (dependendo do grau de ansiedade identificado);
- D. Ajudar o paciente a expressar sua ansiedade;
- E. Conversar com paciente com voz calma e explicar todos os procedimentos prestados.

2. MEDO

Definição: sentimento de temor relacionado a uma fonte identificável que a pessoa pode verificar.

Sinais/Sintomas/Problemas de Saúde/ Características Definidoras

- ❖ Expressão de pânico, medo, temor, apreensão.

Etiologia/Causa/Fator Relacionado

- ◆ Relacionado a perda de controle e resultados previsíveis secundária à cirurgia e a dor em região retroesternal.

Prescrições de Enfermagem

- A. Orientar sobre o ambiente usando explicações simples;
- B. Fornecer informações claras e precisas a respeito da cirurgia realizada;
- C. Falar lenta e calmamente;
- D. Incentivar a expressão dos sentimentos: ouvir o motivo do medo da pessoa;
- E. Se necessário, administrar medicação analgésica para melhor conforto do paciente e observar alívio da dor imediatamente, expressão facial do paciente e efeitos colaterais da medicação.

Salienta-se que as prescrições de enfermagem foram elaboradas com base no cotidiano prévio da enfermagem no cuidado ao paciente em pós-operatório do CTI, área cardíaca, do HCPA/RS e nas intervenções propostas por Kim et al. (1993) e Carpenito (1997), uma vez que o referencial escolhido para a elaboração dos D.E. Mínimos, Benedet e Bub (1998), não faz referências às intervenções de enfermagem.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste estudo foi possível identificar os diagnósticos de enfermagem mínimos extraídos da análise dos dados de dezessete prontuários de pacientes em pós-operatórios de cirurgia cardíaca do CTI, área cardíaca, do Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS.

Os vinte e quatro D.E. Mínimos identificados formam: padrão respiratório ineficaz, resposta disfuncional ao desmame ventilatório, desobstrução ineficaz das vias aéreas, incapacidade para manter a ventilação espontânea, confusão aguda, comunicação verbal prejudicada, débito cardíaco diminuído, alteração na perfusão tissular cardiopulmonar, risco para déficit no volume de líquidos, constipação, integridade tissular prejudicada, proteção alterada, dor aguda, hipotermia, risco para alteração da temperatura corporal, risco para infecção, síndrome do desuso, deglutição alterada, déficit no auto-cuidado: alimentação, mobilidade física prejudicada, distúrbio no padrão do sono, déficit no auto-cuidado: higiene corporal

e/ou toalete, ansiedade e medo. Os resultados encontrados nesta pesquisa evidencia a diversidade de D.E. e sua complexidade nos problemas atuais dos pacientes internados após a realização da cirurgia cardíaca, sendo esta diversidade um desafio a fim de prestar um plano de cuidados de melhor qualidade pelo enfermeiro.

A situação do paciente é dinâmica e pode ser modificada a qualquer momento desde sua admissão no CTI e, dependendo do número de dias em que permanecerá nesta unidade, os D.E. Mínimos poderão ser adicionados, excluídos ou mantidos, o que pressupõe-se uma contínua avaliação do enfermeiro sobre as Necessidades Humanas Básicas alteradas e conseqüente respostas aos sinais e sintomas apresentados pelo paciente. Isto visando aprimorar e individualizar a assistência prestada. Neste sentido, faz-se necessário também permanente revisão das intervenções de enfermagem visando adequar os diagnósticos de enfermagem presentes.

Acredita-se que o indivíduo com problemas cardíacos pode apresentar outros diagnósticos de enfermagem mínimos relacionados não somente às necessidades humanas básicas alteradas decorrentes da doença básica, mas também D.E. específicos inerentes a sua condição de ser único, com características e respostas físicas, mentais e sociais próprias.

Conclui-se que o instrumento para a coleta de dados formulada pelo GTDE é de grande utilidade para finalizarmos o Diagnóstico de Enfermagem conforme o modelo proposto por Benedet e Bub (1998), fazendo com que o enfermeiro direcione um estilo de raciocínio voltada para a preocupação do cuidado integral do ser humano. Contudo, carece de um referencial para a elaboração das prescrições ou intervenções de enfermagem.

Para a realização do Processo Diagnóstico é necessário que o enfermeiro disponha um determinado tempo para sentar-se e documentar as informações colhidas tanto nos registros subjetivos quanto nos objetivos. Para isso, o profissional deverá organizar suas atividades e somente através do exercício do raciocínio diagnóstico terá maior habilidade para formular e transportar as informações para a forma escrita.

Esta documentação é bastante útil entre os profissionais da equipe de saúde para a melhoria da qualidade do cuidado prestado aos clientes. Além deste fato, é importante ao Enfermeiro perceber que estes registros são um documento legal das informações colhidas. Acredita-se também que o estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem serve como instrumento para demonstrar indicativos de qualidade assistencial da enfermagem bem como conferir autonomia profissional ao Enfermeiro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ATKINSON, L. D.; MURRAY, M. E. *Fundamentos de Enfermagem - Introdução ao Processo de Enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.
2. BACHION, M. M.; ROBAZZI, M.L. do C. C.; CARVALHO, E. C. de; VEIGA, E. V. Clientela com Alterações Cardíacas: perfil diagnóstico elaborado por alunos de enfermagem. *Rev. Latino-am.enfermagem*, Ribeirão Preto, v.3, n.2, p.83-92, julho. 1995.
3. BENEDET, S. AL; BUB, M. B. C. *Manual do diagnóstico de enfermagem: Uma Abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação diagnóstica da NANDA*. Florianópolis: Bernúncia Editora, 1998.
4. CARPENITO, L. J. *Diagnósticos de Enfermagem: Aplicação à Prática Clínica*. Trad. Ana Thorell. 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

5. CROSSETTI, M. G. O. *Processo de Cuidar: uma aproximação à questão existencial na enfermagem*. Florianópolis. 1997. Dissertação (Doutorado). Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.
6. CRUZ, D. de A. L. M. da. Diagnóstico de enfermagem: aspectos históricos e definição. *Revista Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 13, n. 1/3, p. 3-7, jan/dez. 1994.
7. CRUZ, D. A. L. M. da & ARCURI, E. A. M. Diagnóstico de enfermagem de pacientes internados por cardiopatia chagásica crônica. *Revista Esc. Enf. USP*, São Paulo, 24 (2): 265-280, ago. 1990.
8. DARLI, M. C. B. *Perfil Diagnóstico de Pacientes Queimados segundo o modelo conceitual de Horta e a Taxonomia I revisada da NANDA*. Ribeirão Preto. 1993. 203p. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo.
9. FARIAS, J.N. et al. *Diagnóstico de Enfermagem: uma abordagem conceitual e prática*. João Pessoa: Santa Marta, 1990.
10. GOLDIM, J. R. Instrumento de coleta de dados. *Revista HCPA*, Porto Alegre, 10 (2), p. 120-124, 1990.

11. GORDON, M. Implementation of nursing diagnosis: an overview. *Nurs. Clin. North. Am.*, Philadelphia, 22(4): 875-879, dec. 1987.
12. HORTA, W. A. *Processo de Enfermagem*. São Paulo: EPU/EDUSP, 1979.
13. KIM, M. J.; McFARLAND, G. K.; McLANE, A. M. *Diagnósticos de enfermagem*. 4. ed. Espanha: Interamericana McGraw-Hill, 1993.
14. McFARLAND, E. A. Nursing diagnosis: past and present perspectives. In: McFARLAND, E. A. *Nursing diagnosis & intervention planning for patient care*, Saint Louis: Mosby, cap.1, p. 1-9. 1989.
15. MARIA, V. L. R. *Preparo de Enfermeiras para a utilização de Diagnóstico de Enfermagem: Relato de Experiência*. São Paulo. 1990. 130p. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
16. PAULA, W. K. de. *Releitura da Teoria das Necessidades Humanas Básicas*. Florianópolis: UFSC, 1993.
17. PEIXOTO, M. S. P.; URRUTIA, G. I. D. C.; MARIA, V. L. R.; MACHADO, J. M. Sistematização da Assistência de Enfermagem em um pronto-socorro: relato de experiência. *Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo*, São Paulo, v.6, n.1 (Supl A), p. 1-8, jan/fev. 1996.

18. NOBREGA, M. M. L. et al. *Uniformização da linguagem dos diagnósticos de enfermagem da NANDA: sistematização das Propostas do II SNDE*. João Pessoa: A União, CNRDE/GIDE-PB, 1994.

ANEXO I
INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

1. IDENTIFICAÇÃO:

Registro: _____ Sexo: _____

Idade: _____

Fonte de Coleta: Anamnese e Exame Físico Reinternação
 Evolução Evol. De Transferência
 Admissão no CTI Alta do CTI
 Result. de exames laboratoriais
 Folha de Controle Intensivo
 Outros. Quais? _____


2. Diagnóstico Médico : _____

3. Etapas do Processo Diagnóstico:

Sinais/Sintomas/ Problemas de Saúde Características Definidoras	Etiologia/ Causa Fator Relacionado	Necessidades Básicas Alteradas	Diagnósticos de Enfermagem	Prescrições de Enfermagem (intervenções/ ações de enf.)

Prescrição / Enfermagem - Data: _____ Enfermeira: _____ COREN: _____

ITEM	PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	CÓD.
()	Manter cabeceira elevada a 30°C	Atenção	
()	Verificar sinais vitais		
()	Manter cuidados com alimentação enteral: () SNE () SNG () Jejunostomia () Gastrostomia Trocar seringa para lavagem da sonda: Trocar fr. coletor para drenagem da sonda, SN, anotar:	N M T 24 06 12 18	
()	Manter cuidados com catéteres venosos profundos: Trocar curativos com cloroheixidine alcoólico (10 ml) em: Utilizar () Opsite () Gaze	N M T	
()	Manter cuidados com catéteres venosos periféricos: () Abocath () Scalp () Venocath Trocar catéter em:	N M T	
()	Trocar equipos, cânulas e extensões a cada 72 horas, conforme rótulo:	Atenção, registrar no controle de débitos	
()	Manter cuidados com infusões em bomba de infusão: _____ _____ _____	I: T: I: T: I: T: I: T: I: T:	
()	Manter cuidados com suporte ventilatório: () Máscara de Venturi () CPAP () Ayre Troca do catéter: () Catéter nasal () Óculos nasal Trocar extensão do oxigênio a cada 7 dias: () Ventilação mecânica: () TET () Traqueostomia Aspirar secreções, registrar: Trocar sistema fechado de aspiração em: Trocar filtro do respirador Servo Trocar AD (1 L) + equipo umidific. do respirador, 72/72h: Trocar curativo da traqueostomia + cadaço: Trocar cadaço TET + medir pressão balonete	_____ _____ _____ _____ _____ N M T 06 12 18	
()	Medir diurese		
()	Manter cuidados com dispositivos de controle de diurese: () Sonda foley () Uropen - Trocar dispositivo + coletor 1 x dia	N	
()	Registrar frequência e características das evacuações	QN	
()	Usar fraldas descartáveis para		
()	Prestar cuidados de higiene e conforto: Banhar paciente Lavar couro cabeludo Higiene oral com solução de bórax: Tricotomia facial:	_____ _____ _____	
()	Trocar conj. de eletrodos (3 un) 1x ao dia e QN, registrar:		
()	Realizar rodízio para medicação IM/SC anotar em CI:		
()	Usar colchão piramidal	I: T:	
()	Alt. decúbito, conf. tolerância do paciente, anotar em CI:	2 / 2 h	
()	Realizar balanço hídrico total		



HCPA
Hospital de Clínicas
de Porto Alegre

PRESCRIÇÃO / ENFERMAGEM
CTICC 2230.6

Nome do paciente: _____

Leito: _____ Registro: _____

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO

REGISTRO DE DÉBITOS					
Material	Noite	Turno		Quantidade	Código
		Manhã	Tarde		
Agulha descartável / unid.					
Água destil. / fr. 20 ml					
Água destil. / fr. 1000 ml					
Algodão laminado / rolo					
Atadura / rolo () crepe					
() elást.					
Absorvente hig. / unid.					
Bolsa / unid. () colost.					
() urost.					
Cadarço / 100 cm					
Compressa estéril / unid.					
Copo descartável / unid.					
Equipo gotas					
Equipo microgotas					
Equipo bomba inf. comum					
Equipo bomba inf. fotosens.					
Equipo bomba inf. comum c/ bureta					
Equipo bureta					
Equipo PVC					
Esparadrapo / 100 cm					
Estensor / unidade					
Dânulas / unidade					
Gaze 10 x 10 / unidade					
Lâmina bisturi / unidade					
Luvas procedim. / par					
Luvas estéreis / par					
Micropore 100 cm					
SG 5% frasco 50 ml					
SG 5% frasco 125 ml					
SG 5% frasco 250 ml					
SG 5% frasco 500 ml					
SF 0,9% frasco 50 ml					
SF 0,9% frasco 100 ml					
SF 0,9% frasco 125 ml					
SF 0,9% frasco 250 ml					
SF 0,9% frasco 500 ml					
Seringa 03 ml / unid.					
Seringa 05 ml / unid.					
Seringa 10 ml / unid.					
Seringa 20 ml / unid.					
Seringa insulina / unid.					
Seringa urológica descartável					

CIRURGIA:

I - CONDIÇÕES GERAIS DO PACIENTE

1.1 - Nível de Consciência:

- Coma anestésico profundo
- Coma anestésico superficial
- Acordado

1.2 - Condições Ventilatórias:

- Entubado com oxigênio
- Entubado com ventilação mecânica
- Ventilação espontânea
- Ventilação espontânea com oxigenoterapia

1.3 - Monitorizações:

- Monitorização cardíaca
- Marca-passo
- Swan-Ganz
- Pressão arterial média
- Pressão venosa central
- Pressão átrio esquerdo
- Balão intra-aórtico

1.4 - Presença de cateteres:

- Intracath
- Flebotomia
- Abocath
- Scalp

1.5 - Presença de sondas e drenos:

- Sonda naso-gástrica
- Sonda vesical
- Dreno de mediastino em aspiração contínua
- Dreno de mediastino em aspiração simples
- Dreno pleural em aspiração contínua
- Dreno pleural em aspiração simples
- Dreno de sucção à vácuo

1.6 - Infusões:

- Soro fisiológico com
- Soro glicosado com
- Sangue
- Solução de dopamina
- Solução polarizante

- Antibióticos
- Analgesia
- Nitroprussiato de sódio
- Ringer Lactado
- Outros:

1.7 - Condições de perfusão:

- Infiltrado
- Cianótico
- Desinfiltrado
- Acianótico
- Aquecido
- Frio
- Pulsos periféricos presentes
- Outros:

1.8 - Ferida Operatória:

- Esternotomia
- Safenectomia
- Toracotomia

1.9 - OBSERVAÇÕES:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2 - NOTA DE ALTA DE ENFERMAGEM DO CTICC:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



ADMISSÃO E ALTA
CIRURGIA CARDÍACA

Identificação

Nome: _____

Equipe Cirúrgica: _____

Idade: _____ Registro: _____

Data: _____ Hora: _____