

-04  
-dent = 1550

C 6725-21  
R 1380834  
03/04/01  
R# 7,75

Universidade Federal do Ceará  
Faculdade de Enfermagem, Odontologia e Enfermagem  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

UFC	BIBLIOTECA UNIVERSITÁRIA
Nº. R 1380834	
03 / 04 / 2001	

OK

Repensando o Cuidado no Pós-Operatório de  
Revascularização do Miocárdio a partir da Aplicação do  
Processo de Enfermagem

Liduína Rocha Feitosa

TESE  
610.73677  
73362  
2001

Fortaleza  
2001

Universidade Federal do Ceará  
Faculdade de Enfermagem, Odontologia e Enfermagem  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Repensando o Cuidado no Pós-Operatório de Revascularização do  
Miocárdio a partir da Aplicação do Processo de Enfermagem

Liduína Rocha Feitosa

*Dissertação apresentada ao Programa de  
Pós-Graduação em Enfermagem da UFC  
como requisito parcial para obtenção do  
grau de Mestre em Enfermagem Clínico-  
Cirúrgico*

Linha de Pesquisa: Assistência Participativa  
de Enfermagem em Situação de Saúde-  
Doença.

Área de Concentração: Enfermagem-  
Clínico-Cirúrgico.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dra. Marta Maria Coelho Damasceno

Fortaleza  
2001



*Vivemos e morremos na busca incessante pelo conhecimento. Aqui pratico minha missão, o cuidado de seres humanos, e deixo este legado como contribuição àqueles que do cuidado partilham.*

Em memória de meu filho não nascido  
Dedicado ao Lucas

## AGRADECIMENTOS

A Deus, que me deu a luz e a oportunidade de desenvolver este estudo, visando à melhoria do atendimento aos seres humanos por mim cuidados;

aos meus pais e irmãos que, acreditando em meu potencial, sempre me estimularam a prosseguir, atingindo meus objetivos;

ao meu marido, Erasmo, pelo grande apoio e constante compreensão nos momentos mais difíceis da execução deste estudo;

à minha orientadora, Profª Dra. Marta Maria Coelho Damasceno, pela lucidez e competência na condução deste trabalho;

aos colegas enfermeiros, pessoas de grande valor, que tanto me ajudaram na fase de campo do estudo através de suas valiosas contribuições;

à minha tia Stela, que nunca deixou de me apoiar em minhas ousadias de vida, mostrando-me sempre a beleza da personalidade do Golfinho;

à grande amiga Rossana, por propiciar entusiasmadas discussões científicas, que tanto clarearam este árduo caminho;

a todos os meus amigos(as), cunhados(as) e sobrinhos(as) que, de forma direta ou indireta, ajudaram-me na conclusão desta jornada de intenso aprendizado;

à Tuba, por toda a graciosidade e alegria com as quais me acompanhou a cada dia de trabalho, tornando-os mais divertidos.

## SUMÁRIO

Lista de abreviaturas

Resumo

Abstract

1 Introdução _____	1
2 Revisão Bibliográfica Direcionada ao Objeto de Estudo	
2.1 Algumas Considerações sobre o Pós-Operatório Cardíaco de Revascularização do Miocárdio _____	7
3 Referencial Teórico _____	11
3.1 Conceitos _____	13
3.2 A Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem _____	14
4 Metodologia _____	17
5 Apresentação e Análise dos Dados _____	23
5 Considerações Finais _____	40
7 Referências Bibliográficas _____	44
3 Bibliografia Consultada _____	50
10 Anexos	
Anexo A: Rapport _____	52
Anexo B: Protocolo de Admissão do Paciente na CETI _____	53
Anexo C: Histórico de Enfermagem _____	54
Anexo D: Fenômenos de Enfermagem das Funções Fisiológicas _____	56
Anexo E: Apresentação dos casos	63

**LISTA DE ABREVIATURAS**

BIA – balão intra-aórtico

BIC – bomba de infusão contínua

BIRD – marca de respirador mecânico

CETI – centro de terapia intensiva

CPAP – modo de ventilação invasiva empregado quando o paciente está desmamando do respirador mecânico

D – direito

E – esquerdo

ECG - eletrocardiograma

HIV – hidratação venosa

KCl – cloreto de potássio

MID – membro inferior direito

MIE – membro inferior esquerdo

MSD – membro superior direito

MSE – membro superior esquerdo

O<sub>2</sub> - oxigênio

PO – pós-operatório

PVC – pressão venosa central

RCR – ritmo cardíaco regular

SIMV – modo de ventilação invasiva que significa ventilação mecânica semi-intermitente

SOG – sonda orogástrica

SSVV – sinais vitais

SVD – sonda vesical de demora

TC – temperatura corporal

TOT – tubo orotraqueal

U – unidade

VO – via oral

VC – volume corrente

## **RESUMO**

A prática assistencial de enfermagem vivenciada em UTI de Pós-Operatório Cardíaco me levou à constatação de que esta vem sendo desenvolvida sem seguir um referencial teórico que embase seu saber, contribuindo para o distanciamento do enfermeiro dos princípios científicos que regem sua atuação. Por este motivo, este estudo foi desenvolvido com os objetivos de: aplicar o processo de enfermagem com fundamento na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta, em pacientes revascularizados do miocárdio, internados em UTI de Pós-Operatório Cardíaco. Para tanto, desenvolveu-se um estudo exploratório-descritivo, tendo acompanhado dez pacientes revascularizados durante todo o período de permanência na UTI. A coleta de dados aconteceu entre os meses de Junho e Dezembro de 2000 em um hospital público localizado em Fortaleza-CE. Utilizou-se como instrumento o Histórico de Enfermagem, que permitiu identificar os problemas que serviram de base para o planejamento dos cuidados. Os problemas identificados e as respectivas necessidades afetadas foram associados aos fenômenos de enfermagem da Versão Alfa da Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem (CIPE). Além disso, elaborou-se o plano diário de cuidados e a evolução de enfermagem. Ao final do estudo, concluiu-se que a aplicação das etapas Histórico, Diagnóstico, Plano de Cuidados e Evolução do Processo de enfermagem de Horta, é viável em terapia intensiva, uma vez que contribuiu para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos revascularizados do miocárdio.

### **Palavras-Chave**

Terapia Intensiva, Processo de Enfermagem.

## **ABSTRACT**

The practice assistential of nursing vividly in intensive care unit after surgery constacted that it was being done without follow any theoric reference to embase its knowledge, and this reality contributes to distantiamt of the nurse from the scientific principles that conduct theier atuation. The study was developmened with the objective to aplicat the nursing process fundamented in the Theory of the Human Needs Basics of Wanda Horta, with miocardio revascularizated. Was development a exploratory-descriptive study, have being followed ten pacients revascularizated durim theier permanence in intensive care unit. The collect happened among June and December of 2000 in a public hospital of Fortaleza in Ceara. Was utilized like a instrumentct the Nursing Historic, that possibilited to identified the problems that served of base from the planejament of cares. The identified problems and the respective necessities were associated to nursing phenomenon from the Alfa Version of the International Classification of the Nursing Practice. Were elaborated too the diary care plan and the evolution of nursing. At the end of this study, was concluded that the application of the stages Historic, Diagnose, care Plan and Evolution from the Nursing Process of Horta are viable in intensive care unit, because contributes for the improvement to the qualit of nursing care developmened with miocardio revascularizated.

### **Key-Words**

Intensive Care, Nursing Process.

## 1 INTRODUÇÃO

Ao resgatar a história da enfermagem, encontramos que esta teve sua origem associada a uma forma de saber intuitivo para o cuidado de pessoas doentes. Este saber, a princípio desenvolvido como mera reprodução de conhecimentos empíricos, e, mais tarde, como conceitos prontos, produziu a falsa aceitação de que o trabalho de enfermagem não contribui para a produção de conhecimento.

Neste aspecto, verificamos a crescente necessidade de produzir conhecimento na enfermagem, não apenas como uma tarefa a ser cumprida para dar satisfação à Ciência, mas como forma de despertar a consciência crítica de enfermeiros para a importância de suas ações junto ao paciente, de modo a usar e fazer conhecimento criando espaços para a reflexão sobre a historicidade deste processo. Alves (1998) aborda três dimensões do conhecimento: usar, fazer e posicionar-se, defendendo o argumento de que apenas pela união destas pode-se estar criticamente no mundo, evitando nos prender ao que se encontra definitivamente perdido, desmistificando máscaras absolutas e derrubando ídolos irrealis.

O despertar para a consciência crítica na enfermagem marcou sua história na transição entre o emprego exclusivo de técnicas na assistência, e a evolução destas para uma esfera de trabalho mais harmoniosa e interpessoal, baseada na percepção do paciente como um ser holístico em constante interação com o meio recebendo e emitindo influências, de forma ordenada, sendo o desequilíbrio desta relação compreendida como doença. De acordo com este pressuposto, a assistência de enfermagem passa a ser desenvolvida observando-se as peculiaridades e o caráter individual de cada paciente como um ser único.

George (2000) comenta que o aspecto interpessoal envolvido na relação enfermeira/paciente proporciona uma orientação e uma direção a serem utilizadas no processo de enfermagem. A interação deste comportamento do paciente, com a reação do enfermeiro e a ação de enfermagem vem a compor o processo de enfermagem, sistemática que ordena e direciona o trabalho na forma de um instrumento metodológico que prevê e avalia conseqüências. Seu emprego deve ocorrer em associação a um modelo teórico, que,

embora possua independência na forma de conduzir as peculiaridades de seu enfoque, detém-se nas etapas de avaliação, diagnóstico, planejamento, implementação e evolução.

O interesse em abordar esta temática originou-se da constatação de que, na esfera assistencial, pouca ou nenhuma importância é atribuída ao emprego de um referencial teórico que forneça embasamento científico ao cuidado de enfermagem. Como enfermeira assistencial de uma UTI de Pós-Operatório Cardíaco, confrontei-me com a fragmentação da assistência de enfermagem, desenvolvida em etapas soltas. Este fato, embora não repercutisse decisivamente sobre o tratamento do paciente, contribuía para o enfraquecimento da enfermagem como profissão científica e visível desmotivação do corpo de enfermeiros por executarem tarefas estritamente mecânicas.

Em resposta a esta modalidade de assistência, verifiquei que o corpo de enfermagem de meu setor de trabalho estava preso a uma realidade de prestação de contas ao médico quanto à administração de medicamentos, realização de balanços cirúrgicos e demais rotinas assistenciais. Este fato distancia a categoria dos princípios científicos que deveriam ser os principais regentes de sua realidade de trabalho.

Além dos conflitos multiprofissionais comumente presentes neste estilo de trabalho, observei que recaíam sobre o paciente as principais conseqüências desta assistência impessoal, sem considerar que o pós-operado, mesmo sofrendo em grau diferenciado de doença cardíaca, levava uma vida ativa e assumia papéis sociais que caracterizavam sua personalidade. Deste modo, muitas necessidades que eram apresentadas pelos pacientes ficavam sem atendimento, ou eram atendidas em níveis insatisfatórios, acabando por produzir repercussões em necessidades afetadas de níveis mais elevados.

Dentre os pacientes que passam pelo pós-operatório cardíaco, o grupo dos revascularizados do miocárdio é aquele que está presente em maior escala numérica, isto porque a doença coronariana, fator determinante para este tipo de cirurgia, encontra-se largamente difundida nas sociedades urbanas de países em desenvolvimento, sendo, por este motivo, selecionado como categoria de paciente a ser trabalhado neste estudo.

A doença das artérias coronárias é apontada como a principal causa de morte isolada em países industrializados, sendo o coronarianopata forte candidato à revascularização miocárdica, em virtude de complicações advindas do somatório de fatores de risco para o infartamento. Estes são classificados por Meltzer (1993) : idade acima de 40 anos, sexo



masculino, dieta rica em colesterol, hipertensão arterial, hereditariedade de doença cardíaca congestiva, *diabetes mellitus*, tabagismo, vida sedentária, obesidade e stress emocional. Estes fatores são encontrados na rotina diária de tratamento destes pacientes, alertando o autor para a importância de um atendimento direcionado a um grupo com características próprias bem definidas.

Em se tratando do atendimento destinado a este grupo durante o pós-operatório cardíaco, o que se verifica de fato é um grande empenho em garantir atendimento imediato para a manutenção do suporte básico de vida. Enquanto isso, na esfera interpessoal, o paciente muitas vezes apresenta necessidades afetadas peculiares a sua formação cultural que sequer chegam a ser identificadas, ou quando muito são identificadas, mas não conseguem ser plenamente atendidas em razão da grande dinâmica de trabalho da UTI.

Ciente de que esta realidade deve ceder espaço à evolução histórica que permeia a profissão, defendo a implantação continuada e crítica de um corpo de conhecimento científico para o cuidado de seres humanos, visando à melhoria da qualidade da assistência de enfermagem e, em conseqüência, melhoria do atendimento ao paciente revascularizado em UTI de pós-operatório cardíaco. Por este motivo, proponho neste estudo a aplicação de uma assistência sistematizada tendo como referencial a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta, selecionada por ter maior coerência com a realidade deste trabalho e apresentar um modelo metodológico de prática aplicação.

A Teoria das Necessidades Humanas Básicas é apontada por Souza (1998) como a principal teoria de enfermagem empregada em pesquisas científicas de pós-graduação no Brasil. A teoria se apresenta baseada nos conceitos de Maslow sobre a motivação humana, daí sua atenção às necessidades humanas básicas, que devem ser atendidas de maneira eficaz e eficiente pela enfermeira.

Em levantamento bibliográfico, identifiquei estudos abordando a aplicação de referenciais teóricos para assistir pacientes em terapia intensiva. Coincidentemente, a maioria deles empregou a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, resumindo as etapas do processo de enfermagem, sem no entanto justificar o porquê desta adaptação (Nóbrega & Coler, 1994; Lacerda, Souza & Menezes, 1997; Oliveira & Nóbrega, 1996; Bocchi, Maneguín & Santi, 1996).

Pagliuca (1986) tendo como base os resultados referentes a seu estudo prévio sobre os problemas de enfermagem que mais incomodaram pacientes em pós-operatório cardíaco na UTI, desenvolveu um estudo exploratório na intenção de buscar a forma de solucionar estes problemas. Para tanto trabalhou com três grupos de pacientes em pós-operatório cardíaco durante sua permanência na UTI, sendo os dois primeiros grupos orientados pela pesquisadora e o terceiro grupo orientado pelas enfermeiras do setor. Ao segundo grupo foi também aplicada a assistência de enfermagem planejada seguindo ao modelo do Processo de Enfermagem de Horta em todas as suas etapas. Os resultados, entretanto, apontaram que não houve diferença significativa entre os problemas apresentados nos grupos experimentais e controle.

Felisbino (1994) formulou uma sistemática de intervenção adaptada para aplicação em terapia intensiva incluindo os familiares dos pacientes no planejamento destas intervenções. Posto que, em estudos anteriores, já havia evidenciado a inaplicabilidade das seis etapas do processo em unidade de terapia intensiva, a autora valeu-se da utilização do processo de enfermagem de Horta em apenas três de suas etapas histórico, prescrição e evolução.

O estudo proporcionou ampla reflexão sobre o emprego de uma metodologia científica em UTI, uma vez que esta favoreceu a identificação de desequilíbrios junto aos pacientes e seus familiares, assim como ajudou na prevenção de desequilíbrios e reversão de desequilíbrio em equilíbrio através do emprego da Teoria das Necessidades Humanas Básicas, favorecendo ainda o trabalho em equipe através da melhoria na comunicação entre os profissionais da UTI, os pacientes e seus familiares.

Em seu estudo-piloto sobre sistematização da assistência de enfermagem em UTI, Feitosa (1999) empregou o modelo teórico de Horta utilizando-se de todas as etapas do processo de enfermagem em pós-operatório cardíaco, na intenção de adaptar os resultados deste estudo na prática assistencial de enfermagem. A autora apontou vantagens relativas ao acompanhamento integral do paciente, tais como: a melhor visualização dos problemas de enfermagem e o maior embasamento científico na condução da assistência para o atendimento destes. Todavia propôs a aplicação resumida das etapas do processo de enfermagem em histórico, diagnóstico, prescrição e evolução, em virtude das dificuldades verificadas na aplicação de todas as etapas do processo em terapia intensiva. Enfatizou,

antes, que qualquer etapa metodológica deve antes de tudo estar plenamente adequada à realidade de trabalho do enfermeiro, para que possa somar esforços na melhoria da qualidade da assistência.

É importante registrar que em tais tentativas de aplicação do processo de Horta, constatei o despertar das enfermeiras para a necessidade de aprofundar o diagnóstico de enfermagem para além do que havia sido desenvolvido por Horta. Isto porque, na Teoria das Necessidades Humanas Básicas, a etapa diagnóstica não compreende uma taxonomia de enfermagem para os problemas identificados pela enfermeira, fato que direcionou uma tendência atual, seguida por muitas autoras, de associar esta teoria à nomenclatura taxonômica apresentada pela Associação Norte Americana de Diagnósticos de Enfermagem (NANDA).

À guisa de exemplo, pode-se citar Benedet (1998), que aplicou este modelo associando o sistema de classificação da NANDA em vez de utilizar o diagnóstico de enfermagem de Horta, constatando que, em se tratando de unidade de terapia intensiva, pelo fato da assistência de enfermagem ocorrer de maneira mais direcionada, o emprego de uma metodologia de assistência baseada em etapas interligadas foi passível de êxito, principalmente na identificação de diagnósticos padronizados. Seguindo este exemplo, outras autoras buscaram a linguagem padronizada para formular o diagnóstico associando a taxonomia referida à teorias de enfermagem, passando a difundir o aspecto científico do processo de enfermagem ao mesmo tempo que atualizaram os enunciados diagnósticos (Zanetti, Marziale & Robazi, 1994; Bocchi, Meneguini & Santi, 1996; Oliveira & Nóbrega, 1996; Lacerda, Souza e Menezes, 1997).

Ao ganhar relevância dentre os principais temas de enfermagem nos anos 90, o diagnóstico de enfermagem proposto pela NANDA passou a ser mais difundido no mundo e, por conseguinte, passou a ser questionado quanto à universalidade de sua aplicação, uma vez que sua origem norte-americana o distancia de realidades totalmente distintas em outros lugares do mundo.

Esta reflexão levou à proposta de formulação de um sistema de classificação de enfermagem universal, portanto representativo da realidade de enfermagem praticada no mundo todo. Tal fato originou o desenvolvimento da Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem (CIPE), o que possibilitou a elaboração de um documento inicial

chamado Versão Alfa (1997), que classifica fenômenos e intervenções de enfermagem com base em um levantamento global dos sistemas de classificação de enfermagem.

Embora se apresente pouco conhecido na esfera assistencial, o modelo da CIPE vem ganhando espaço entre o meio acadêmico por sua clareza de termos e abrangência de enfoques, fato que possibilita seu emprego associado a diversas teorias não apenas como classificação diagnóstica, mas também como classificação de intervenções de enfermagem (Silva & Guedes, 2000; Carvalho et al, 2000).

Pelo fato de resultar de um apanhado internacional, a CIPE apresenta a fusão de vários conceitos comumente aplicados em teorias científicas com termos próprios. Este fato, que para mim, favoreceu a associação entre os termos das necessidades humanas básicas e fenômenos de enfermagem. Portanto, considerando a importância prática deste contexto metodológico, o presente estudo se deteve na utilização do modelo teórico das Necessidades Humanas Básicas, associando os fenômenos de enfermagem da Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em sua Versão Alfa, na assistência de enfermagem a revascularizados do miocárdio internados em UTI de Pós-Operatório Cardíaco.

Neste sentido, são objetivos deste estudo:

Aplicar o processo de enfermagem fundamentado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas, em pacientes submetidos a intervenção cirúrgica de revascularização do miocárdio, durante sua permanência em UTI de Pós-Operatório Cardíaco, nas etapas de histórico, diagnóstico, plano de cuidados e evolução de enfermagem;

Correlacionar os problemas identificados e as necessidades humanas básicas afetadas aos fenômenos de enfermagem da Versão Alfa da CIPE na etapa do diagnóstico de enfermagem.

## **2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA DIRECIONADA AO OBJETO DE ESTUDO**

### **2.1 Algumas considerações sobre o pós-operatório cardíaco de revascularização do miocárdio**

O paciente revascularizado, quando em pós-operatório, apresenta-se em estado complexo, por isso necessita de cuidados especializados que venham a garantir seu suporte básico de vida. Estes cuidados são prestados por uma equipe multiprofissional devidamente treinada para atuar em situações críticas, manipulando equipamentos de fundamental importância para garantir a estabilização de seu quadro.

Consoante Barreto (1993), em pós-operatório cardíaco, a atenção deve estar mais voltada, principalmente, para os distúrbios fisiológicos provocados pela cirurgia, do que para a própria doença cardíaca de base. Isto porque, neste período, as variações das funções fisiológicas percorrem uma tênue linha entre alterações normais e complicações.

A unidade de terapia intensiva consiste em um setor hospitalar destinado ao tratamento de pacientes classificados como graves. Em virtude da necessidade de uma dinâmica de trabalho especializada, requer a atenção de uma equipe multiprofissional formada por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e outras categorias de apoio, indiretamente envolvidas no tratamento.

O objetivo básico de funcionamento destas unidades é reduzir a mortalidade através de uma observação direta e intensiva, capaz de identificar e tratar, em tempo hábil, os problemas de saúde apresentados pelos pacientes. Como normas de internação, Barreto (1993) relata que o paciente deve apresentar: instabilidade grave de um sistema fisiológico, alto risco de instabilidade, necessitar de atenção clínica constante e de técnicas especiais para ser admitido em UTI.

Normalmente, no pós-operatório cardíaco de revascularização miocárdica, o paciente passa três dias em recuperação neste setor, que inclui o pós-operatório imediato (POI), o primeiro pós-operatório (1ºPO) e o segundo pós-operatório (2ºPO) quando, então, estando em condições favoráveis, é transferido para a unidade de internação cardíaca.

A entrada do paciente revascularizado do miocárdio na UTI de Pós-Operatório Cardíaco ocorre quase sempre no período da tarde, uma vez que as cirurgias são iniciadas pela manhã e têm uma duração média de quatro horas. Em sua chegada, o paciente encontra-se sob narcose, intubado, hipotérmico, com extremidades periféricas malperfundidas e com infusão medicamentosa e sanguínea variando entre cada caso.

Echer, Cassol & Lucena (1994) delimitam as etapas de atenção da enfermagem na admissão de pós-operatório cardíaco priorizando a ventilação, uma vez que o paciente chega em dependência total do respirador mecânico. As autoras complementam que deve ser realizada uma avaliação das condições do paciente, detendo-se na monitorização cardíaca, acomodação dos equipamentos de pressão arterial média (PAM) e a instalação de drogas em bombas de infusão. A mensuração dos conteúdos dos drenos mediastínico e torácico, do débito urinário, bem como dos volumes infundidos, é realizada nas primeiras doze horas do pós-operatório através do balanço cirúrgico.

Após o recebimento do paciente revascularizado na UTI, são asseguradas suas condições hemodinâmicas e, posteriormente, seu registro em folha própria, no livro de ocorrência e censo hospitalar.

A avaliação deve seguir o sentido céfalo-caudal, sendo primeiramente avaliado o estado neurológico, seguido pela função circulatória que engloba: nível pressórico, cateter de átrio esquerdo, artéria pulmonar e marcapasso. Também fazem parte desta avaliação a permeabilidade de drenos e cateteres, a drenagem de urina e a necessidade específica de drogas inotrópicas.

Para a avaliação do estado neurológico, devem-se observar o tamanho das pupilas e sua reação a luz, assim como a motricidade dos membros, levando-se em conta o fato de que, neste período, o paciente se encontra sob narcose, podendo evoluir para despertar precoce ou demorado, como também chegar ao coma.

As avaliações pressóricas incluem: pressão arterial média (PAM), continuamente monitorizada para sua manutenção entre 6,5 e 8,5 mmHg, uma vez que valores abaixo desta média podem indicar sangramento excessivo, e valores elevados podem comprometer a eficiência da cirurgia pelo rompimento de vasos sanguíneos; e pressão de átrio esquerdo, somente utilizada em casos especiais, para fornecer informação precisa sobre volemia e função cardíaca.



Quando o paciente se apresenta em uso de marcapasso temporário, significa que a manipulação do coração ocorreu perto do feixe de His, portanto o enfermeiro deve avaliar seu funcionamento para obtenção de parâmetros fíeis, afastando o risco de bloqueio átrio-ventricular.

Em geral, são implantados drenos mediastínicos e torácicos ao término das cirurgias cardíacas, cabendo ao enfermeiro a ordenha horária destes no pós-operatório imediato, com vistas à prevenção de tamponamento cardíaco por sangramento interno.

Observa-se, com maior frequência, que o sangramento excessivo é causado pelas reações à circulação extracorpórea (CEC) ou por hemostasia cirúrgica inadequada, sendo a parada brusca de sangramento abundante relacionada à obstrução do dreno por coágulos ou tamponamento cardíaco.

O débito urinário é outro parâmetro que deve ser avaliado, uma vez que o paciente pode apresentar um quadro de retenção hídrica por mau funcionamento renal, ou ainda perder líquidos em níveis superiores aos volumes infundidos, resultando em desequilíbrio eletrolítico e queda pressórica.

A partir do 1º PO, o paciente revascularizado, quando estabilizado, se encontra em respiração espontânea com ou sem suporte de oxigênio. A monitorização cardíaca e a infusão de medicamentos por bombas são mantidas como rotina para melhor avaliação.

Os procedimentos desenvolvidos pelo enfermeiro objetivam o seguimento da prescrição diária de enfermagem, para a programação das intervenções, tais como: higiene e medidas de conforto, troca de curativos, realização de ECG, renovação de medicamentos, observação do nível de consciência, padrão respiratório, alterações cardíacas, avaliação das queixas algicas, oferta e supervisão da aceitação da dieta, avaliação do débito urinário, desmame e retirada de sonda vesical de demora e outras.

Cabe, sobretudo, ao enfermeiro, a ação relativa à renovação de curativos, avaliação das características da ferida cirúrgica (mediastínica e de membro inferior direito), preparo e administração de medicamentos, retirada de dreno mediastínico e de cateteres, e outros procedimentos de maior ou menor complexidade.

No 2º PO, quando em evolução satisfatória, o revascularizado do miocárdio se apresenta em plena condição de se comunicar com a equipe de saúde. Neste período, as drogas em utilização contínua são desmamadas sob monitorização intensiva do quadro geral. O dreno

mediastínico e torácico, em aspiração simples ou a vácuo, apresenta-se comumente sem funcionamento neste período, sendo retirados pelo enfermeiro e cirurgião, respectivamente, obedecendo ao intervalo de seis horas entre a retirada do primeiro e do segundo dreno, ou seja, o dreno mediastínico e depois o torácico.

Sobre a retirada de drenos no pós-operatório, Barreto (1993) orienta no sentido de que esta só deverá ocorrer quando o volume de sangue drenado for menor do que 120ml em 12 horas. A retirada destes drenos nunca é feita em pós-operatório imediato, pois, neste período, o quadro do paciente pode ser rapidamente alterado e, como precaução, os mesmos são mantidos até o 2º PO.

Nos casos em que ocorrem agravamento e complicação do quadro, o tratamento de enfermagem difere do aplicado ao paciente estabilizado. Nestes casos o balanço cirúrgico é realizado a cada hora ou a cada duas horas, a infusão programada de drogas permanece em elevada vazão e, muitas vezes, ocorre a necessidade de procedimentos especiais, como sondagem nasoentérica, instalação de PVC, de Swan-Ganz e implante de cateter de diálise peritoneal.

Em resumo, o paciente revascularizado em pós-operatório cardíaco requer uma dinâmica de avaliação e implementação de cuidados especiais, exigindo do enfermeiro desempenho de atividades complexas e manuseio de equipamentos sofisticados para sua devida monitorização e tratamento.

Diante da complexidade vivenciada no tratamento de pacientes pós-operados em terapia intensiva, e, em especial, aqueles revascularizados do miocárdio, observa-se que é fundamental o emprego de uma assistência sistematizada, pois estes apresentam maior diversidade de necessidades afetadas. Portanto, há necessidade do planejamento da assistência para um acompanhamento mais direcionado.



### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

O modelo teórico empregado neste estudo consiste na Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Wanda Horta, associado à Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem (CIPE), em pacientes revascularizados do miocárdio em pós-operatório cardíaco. A escolha por este referencial foi fundamentada pelo fato de esta teoria trabalhar com necessidades humanas afetadas e distingui-las por níveis, possibilitando o trabalho direcionado a cada nível, e apresenta maleabilidade na adaptação de seu processo de enfermagem. Além disso, sua nacionalidade brasileira contribui para sua adaptação à realidade da assistência de enfermagem.

A teoria de Horta é apresentada por Souza (1998) como o principal modelo teórico utilizado como referência de pesquisas no Brasil, correspondendo a um percentual de 35,1%, o que também se verifica nos cursos de pós-graduação, onde a sua referência aparece com 47,36% de todos os trabalhos. A autora esclarece que a temática destas publicações versa sobre a operacionalização do modelo, necessidade de se obter um referencial para a sistematização da assistência e sobre a associação do modelo ao diagnóstico de enfermagem, situando a Teoria das Necessidades Humanas Básicas em local de destaque quanto à adequação de sua aplicabilidade na realidade do trabalho de enfermagem no Brasil.

Kamiyama (1985) complementa que foi apenas a partir da década de 1960 que o movimento formal liderado por Horta consolidou a enfermagem como ciência no Brasil, sendo que na década de 70 aumentaram apresentações de trabalhos abordando as teorias de enfermagem.

Em sua publicação, Horta se voltou para o emprego de uma metodologia da assistência de enfermagem, baseada na teoria da Motivação Humana, de Maslow, e fundamentou seu processo de enfermagem nas necessidades humanas básicas. Para tanto, recorreu a fatos observados e observáveis na enfermagem, propondo uma terminologia específica, constituída através de estudos e reuniões com o corpo docente de sua disciplina e, algumas vezes, contando com a colaboração de outras áreas científicas como a Filosofia e a Sociologia.

O foco da atenção da Teoria das Necessidades Humanas Básicas está centrado nas necessidades afetadas apresentadas pelo paciente, família e comunidade. Ao traçar os

conceitos de seus princípios científicos, Horta preconizou a valorização do ser humano como um ser holístico, e desenvolveu conceitos fundamentais relacionados aos objetos de atenção da enfermagem para posterior formulação de sua sistemática de atuação.

Ao formular sua dinâmica de intervenção junto ao paciente, Horta previu a necessidade de proporcionar a continuidade das ações de enfermagem como forma de melhor assegurar seu objetivo de atender as necessidades humanas básicas pelo desequilíbrio no tempo e espaço. Deste modo, sistematizou a atuação em seis etapas que contemplam todo o período em que o paciente passa pelos cuidados de enfermagem.

O histórico de enfermagem consiste em um levantamento de dados por parte do enfermeiro a respeito da vida pregressa do paciente, visando à identificação de necessidades afetadas, considerado por Uratani e Utyama (1990) como a etapa mais importante e complexa do Processo de Enfermagem, por ser indispensável à solução de problemas. O diagnóstico de enfermagem visa à determinação das necessidades afetadas e do grau de dependência do paciente dos cuidados de enfermagem. Cruz (1990) refere-se a ele como a conclusão de um processo analítico. Em suma, ambas as etapas constituem a parte introdutória da aplicação do processo.

Encontremos na maioria das publicações que envolvem a aplicação de um modelo metodológico de assistência, que a etapa do diagnóstico de enfermagem é desvinculada do modelo proposto na teoria em uso e, associada a modelos diagnósticos que apresentam uma taxonomia própria. Este fato alerta para a tomada de consciência por parte das enfermeiras, da necessidade de adoção de uma linguagem comum para os termos diagnósticos.

O plano assistencial e o plano de cuidados representam o planejamento e implementação dos cuidados que serão aplicados ao paciente, funcionando como um roteiro diário para coordenar as ações de enfermagem. Nestas fases, o processo se encontra em pleno desenvolvimento. A evolução de enfermagem envolve a avaliação diária das respostas oferecidas pelo paciente com relação ao tratamento empregado, ao passo que o prognóstico de enfermagem se baseia na previsão realizada pelo enfermeiro da capacidade que o paciente adquiriu para atender suas necessidades afetadas após a implementação do cuidado. Estas etapas constituem as respostas que a aplicação do processo gerou no atendimento do paciente.

### 3.1 Conceitos

Visando a ampliar a compreensão dos termos empregados neste estudo, resgatei de Horta (1979) alguns conceitos definidores dos elementos que serão aqui abordados, a fim de melhor esclarecê-los. Posto que muitas vezes os termos particulares da teoria são empregados como sendo de conhecimento comum, sabe-se que estes não correspondem a um consenso geral na enfermagem, ficando restrito à linguagem dos referenciais aqui empregados. Portanto são apresentados os conceitos de:

Enfermagem - ciência de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades humanas básicas, de torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado; de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais.

Necessidades Humanas Básicas – estados de tensões, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios homeodinâmicos dos fenômenos vitais.

Problema de Enfermagem – situações ou condições decorrentes dos desequilíbrios das necessidades básicas do indivíduo, família e comunidade, e que exigem da(o) enfermeira(o) sua assistência profissional.

Processo de Enfermagem – Na definição da Teoria das Necessidades Humanas Básicas, é a dinâmica de ações sistematizadas e interrelacionadas voltadas para o atendimento das necessidades humanas básicas afetadas.

Estes conceitos refletem os principais pontos sobre os quais se desenvolveu a atuação de enfermagem com revascularizados do miocárdio internados em UTI de pós-operatório cardíaco, em virtude da aplicação do modelo teórico proposto. Além do aspecto explicativo, estes conceitos têm a importância de apresentar de modo claro em que consistem a enfermagem e seu foco de atuação.

### 3.2 A Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem

A idéia sobre diagnóstico de enfermagem induz uma responsabilidade quanto ao julgamento clínico entre a coleta de dados e a prescrição dos cuidados. Seu emprego teve origem no século XIX, quando Florence Nightingale diagnosticou e tratou problemas de saúde de soldados durante a Guerra da Criméia, reduzindo assim a mortalidade. Como conceito, o termo vem sendo trabalhado em uma abordagem profissional visando a identificar as respostas dos indivíduos nos processos vitais.

De acordo com a realidade internacional, na década de 80, o diagnóstico de enfermagem ganhou importância e passou a ser foco do estudo da Associação Norte Americana de Enfermagem (ANA), originando posteriormente a Associação Norte Americana de Diagnóstico de Enfermagem (NANDA), que iniciou estudos referentes à elaboração de uma taxonomia para a padronização de termos no diagnóstico de enfermagem.

O avanço constatado na elaboração da taxonomia I da NANDA incentivou o envio à OMS de um sistema de classificação dos diagnósticos de enfermagem para sua avaliação e inclusão na décima revisão do Código Internacional de Doenças (CID-10).

Chianca e Antunes (1999) relatam que o parecer apresentado pela OMS sugeriu a elaboração de uma classificação internacional dos elementos da prática de enfermagem para compor a Família de Classificações da Saúde. Este documento deveria ser conduzido por uma organização internacional representativa da enfermagem do mundo todo.

Estes fatos levam à análise de que a taxonomia diagnóstica da NANDA, embora apresente viabilidade de ser associada a algumas teorias de enfermagem, representa uma realidade norte americana, portanto não está preparada para expressar a totalidade de diagnósticos de possível identificação na enfermagem. Por outro lado, a proposta de construção de um modelo representativo da prática de enfermagem mundial foi tomada como solução para a adoção de uma linguagem comum na elaboração de diagnósticos de enfermagem.

A partir da deliberação de um Conselho de Representantes da Enfermagem, teve início o levantamento dos sistemas de classificação de enfermagem catalogadas no mundo. Os resultados apontaram um total de quatorze sistemas de classificação, que, após serem avaliados e adaptados para as práticas em âmbito mundial, originaram um documento

intitulado “O Próximo Avanço da Enfermagem: uma classificação internacional para a prática”, considerada uma etapa prévia da Versão Alfa.

Chianca e Antunes (1999), esclarecem que, na realidade, a idéia de se desenvolver uma classificação internacional de enfermagem nasceu da constatação da falta de um sistema de linguagem específica que viesse a informatizar o serviço de enfermagem como um sistema de conceitos conectados. Neste aspecto, o emprego de uma linguagem padronizada não pretende assumir um caráter inflexível, uma vez que a classificação da prática não consiste na prática em si.

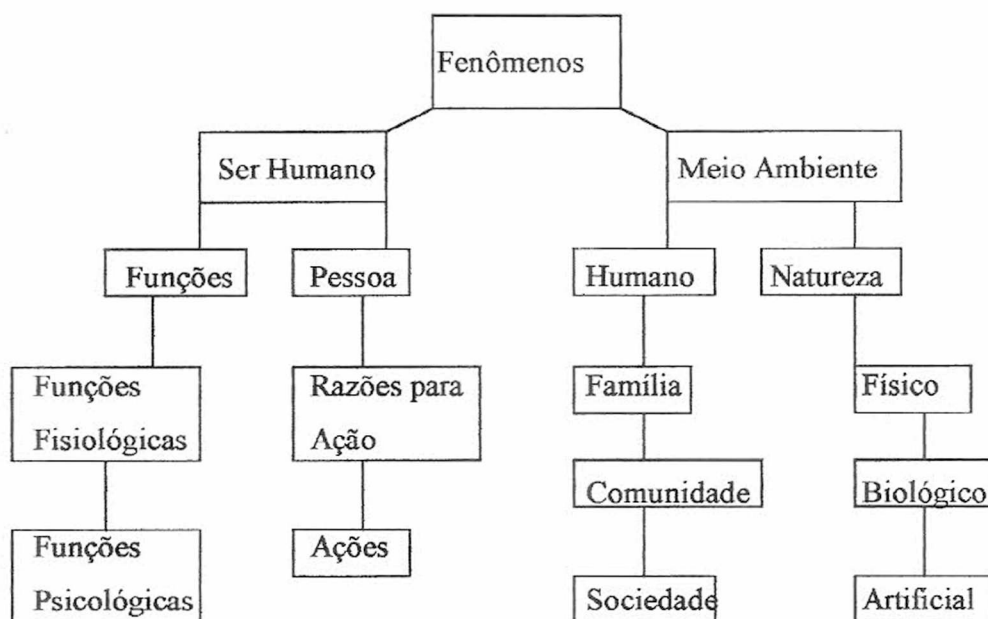
Em conferência sobre Fenômenos e Intervenções de Enfermagem, Cruz (2000) ressaltou como função da linguagem a transmissão de informação e a necessidade de se fazer acordos sobre o uso das palavras, para que a CIPE seja capaz de descrever a prática de enfermagem em termos de fenômenos e intervenções. Para a relatora, as conseqüências sobre esta prática estariam na capacidade de representação da prática de enfermagem e, por conseguinte, melhor controle sobre as contribuições que a enfermagem produz através de sua prática, na vida das pessoas.

A CIPE Versão Alpha foi estruturada com base na identificação, agrupamento e hierarquia dos termos que envolvem os fenômenos e as intervenções de enfermagem. Os Fenômenos representam o domínio do cliente na esfera humana e ambiental, sendo definidos como condições de saúde relacionadas ao paciente e comunidade, mas que também podem ser fatores ambientais, uma vez que estes também podem interferir nas condições de saúde do paciente. As intervenções representam o domínio das ações realizadas pelos enfermeiros em relação aos fenômenos identificados, ou seja, são operações com finalidade de transformação baseadas em seis eixos de atuação que determinam os tipos de ações, os objetos, o método, os meios, o lugar do corpo e o tempo e local das intervenções.

O princípio lógico desta divisão foi o foco da prática de enfermagem, que descreve a estrutura da realidade com base em três níveis, funções, pessoas e meio ambiente. As funções são processos especiais, normais ou próprias de aspectos fisiológicos e psicológicos do indivíduo. A pessoa, em sua posição no esquema, significa as características dos seres humanos com a soma de comportamentos biológicos para cumprir determinadas ações. A consideração sobre o meio ambiente foi focada no aspecto humano e natural, contemplando a

realidade do ser humano como ser social e como ser pertencente à natureza nas esferas biológica, física e artificial.

O esquema abaixo representa a ilustração gráfica da classificação dos fenômenos de enfermagem apresentada na Versão Alfa.



De acordo com o Conselho Internacional de Enfermagem (1996), a pirâmide de conceitos dos fenômenos de enfermagem descreve os problemas em termos de diagnósticos de enfermagem. A escolha pelo termo fenômeno e não diagnóstico deve-se ao fato de a definição lingüística do segundo não estar bem esclarecida em todos os países, além de ser um termo excessivamente longo e não estar especificamente vinculado ao campo de conhecimento da enfermagem.

Um ponto considerado relevante neste estudo para a seleção da CIPE consistiu na possibilidade de associar termos junto à teoria selecionada, uma vez que este estudo tem a proposta de empregar etapas do processo de enfermagem da Horta (1979), aprofundando-se na etapa diagnóstica. Esta vantagem reflete a amplitude do alcance desta classificação, que, justamente por se tratar de um apanhado mundial, é expressivo em muitas realidades de trabalho.



#### 4 METODOLOGIA

Neste estudo adotou-se o modelo de pesquisa exploratório-descritiva. Para Gil (1991), a pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema do estudo, visando torná-lo claro e explícito, já a pesquisa descritiva expõe as principais características ou fenômenos do estudo de maneira detalhada, pondo-os em relevância. Deste modo, a opção pela pesquisa exploratório-descritiva pretende unir estas principais características de modo a se chegar a uma compreensão lógica e precisa do problema pesquisado.

O estudo foi desenvolvido no contexto hospitalar no período de Junho a Dezembro de 2000, numa tentativa de implantação da metodologia de assistência de enfermagem em pacientes revascularizados do miocárdio em UTI de Pós-Operatório Cardíaco.

Para a aplicação do estudo, foi selecionado um hospital de referência para tratamento cardíaco ligado à rede pública da cidade de Fortaleza, capital do Estado do Ceará, que dispõe de uma unidade de terapia intensiva para acompanhamento do pós-operatório cardíaco. Este setor, comumente, atende pacientes em pós-operatório de, pelo menos, quatro tipos de cirurgia, sendo que a revascularização miocárdica é a que se repete com maior frequência, justamente porque retrata os problemas decorrentes do estilo de vida urbano.

O infarto agudo do miocárdio, fator determinante para a cirurgia de revascularização, tem sido identificado, sobretudo em populações onde os fatores de risco para a doença estão presentes de maneira associada. Os pacientes revascularizados em pós-operatório, quando em permanência em UTI, apresentam elevado nível de gravidade que ressalta a predominância de necessidades fisiológicas. Horta (1968), em seu trabalho voltado à observação sistematizada para a identificação dos problemas de enfermagem, reconhece a evolução da atuação da enfermagem pela consideração integral do paciente. Todavia, considera que esta deve priorizar os problemas de mais graves, justificando a opção por se trabalhar neste estudo com as necessidades do nível psicobiológico salientadas pela teoria das Necessidades Humanas Básicas.

O contato inicial com a instituição, primeiramente, foi realizado através de um ofício encaminhado ao seu diretor, solicitando a permissão para a realização do estudo.

Posteriormente, foi encaminhada uma cópia do projeto de pesquisa para avaliação pelo Comitê de Ética do próprio hospital.

No início da fase de trabalho de campo, foi obtida uma listagem dos enfermeiros do setor onde o estudo foi aplicado, para a apresentação dos instrumentos de coleta de dados e dos objetivos da pesquisa, abordando a importância dos modelos teóricos na assistência e falando sobre os aspectos éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos.

Esta estratégia foi escolhida em razão da dificuldade em se realizar uma reunião setorial com a participação de um número representativo de enfermeiros, fato constatado em tentativas anteriores, que tiveram o alto índice de ausência justificada pela necessidade de se apresentar em um segundo local de trabalho.

A despeito dos aspectos éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos, a Resolução nº 196/96, do Ministério da Saúde, que trata desta regulamentação, assegura que a pesquisa deve ser preferencialmente desenvolvida em indivíduos com autonomia plena, a menos que esta traga benefícios diretos ao vulnerável, como é visto neste caso específico.

A coleta de dados compreendeu a aplicação das etapas de histórico, plano de cuidados e evolução de enfermagem do processo de Horta (1979), devidamente adaptados ao pós-operatório de revascularização do miocárdio, e a associação dos fenômenos de enfermagem das funções fisiológicas da CIPE Versão Alfa. Essas etapas foram aplicadas diariamente, com exceção do histórico de enfermagem, desenvolvido somente na admissão do paciente na UTI.

O histórico foi realizado mediante registro em impresso próprio (Anexo C), dividindo-se em dois momentos: identificação, que compreendeu o nome, idade, leito, peso, grupo sanguíneo, procedência, data de admissão, diagnóstico médico e cirurgia realizada; e exame físico, contemplando as necessidades humanas básicas pela utilização dos métodos propedêuticos de inspeção, palpação, percussão e ausculta.

A observação foi empregada pelo fato de o paciente se encontrar sob narcose no momento da admissão, portanto sem condições de falar para fornecer informações sobre seu estado geral. Para Gil (1991), o pesquisador poderá proceder à observação de maneira assistemática, como também poderá valer-se do acompanhamento de um instrumento de avaliação, portanto a partir dela o pesquisador encontra condições de detectar acontecimentos, interpretá-los ou explicá-los.



Na elaboração da etapa diagnóstica, foi realizado julgamento clínico das necessidades afetadas, identificadas no histórico para a devida associação aos fenômenos de enfermagem, das funções fisiológicas, presentes na Versão Alfa da CIPE. Esta proposta, como mencionado, teve a intenção de visualizar as necessidades mais comumente verificadas nos pacientes de UTI, como também, de focar o diagnóstico de enfermagem pelo emprego de um sistema de classificação universal, representativo dos diagnósticos de enfermagem realizados universalmente pelos enfermeiros.

O plano de cuidados foi registrado no impresso de prescrição terapêutica da instituição, comum a médicos e enfermeiros. Esta medida foi adotada para difundir a aplicação do referencial teórico e o comprometimento interdisciplinar. A elaboração deste plano, orientado pelos fenômenos de enfermagem, obedeceu a uma ordem de prioridade para grupos de necessidades de maior importância na seqüência das intervenções.

A evolução foi realizada a cada intervalo de doze horas, sendo também registrada em impresso comum às categorias profissionais há pouco mencionadas. Sua elaboração ocorreu mediante avaliação de enfermagem através dos métodos propedêuticos do exame físico, da observação e das informações dos próprios pacientes, quando já podiam verbalizá-las, tornando possível a continuação do acompanhamento de novas necessidades, assim como de necessidades vistas em processo terapêutico.

Ao longo da análise de dados, para fins de melhorar o entendimento do leitor, foram realizados comentários em que a literatura fundamenta as condutas de enfermagem, referentes à realidade do pós-operatório cardíaco.

Para a aplicação deste modelo, os pacientes que participaram do estudo foram selecionados com o requisito de terem sido submetidos a revascularização miocárdica. Cada paciente foi acompanhado individualmente desde a admissão na UTI até a transferência para a enfermaria. Esta exigência foi adotada para melhor definir a população do estudo e favorecer a coleta de dados com a ajuda do pessoal de enfermagem do setor. Portanto, foi estabelecido que o tempo de acompanhamento para cada caso dependeria diretamente das condições de recuperação do próprio paciente. Logo, só se passaria ao acompanhamento de um novo caso, a medida que o paciente acompanhado anteriormente recebesse transferência para a enfermaria de origem, dando continuidade à seqüência de casos.

Por este motivo, o período de coleta foi acomodado em duas fases: primeiramente, foi acompanhado um grupo de três pacientes, para que a análise destes dados desse um parecer prévio do andamento do estudo; na segunda fase da coleta, foram acompanhados mais sete pacientes, finalizando-se em dez casos.

O número de pacientes que compuseram a amostra foi estabelecido em dez, em razão do objetivo do estudo de aplicar um modelo metodológico de assistência de enfermagem, fato que requer um número significativo de casos acompanhados para que sua eficácia seja testada com margem suficiente de segurança.

O período da coleta contou com dois momentos principais: o de conscientização dos enfermeiros sobre a importância do emprego de um referencial teórico na assistência e orientação destes sobre como dar continuidade à implementação do estudo, e a aplicação do instrumento propriamente dita. A abordagem junto aos profissionais do setor, em particular os enfermeiros, foi fundamental para a facilitar a continuidade do trabalho, principalmente, no período em que eu não estava acompanhando o paciente. Esta foi uma contribuição imprescindível à análises, por ter sido plenamente possibilitada em virtude do espírito de colaboração e construção destes profissionais, já que o momento da admissão é aquele que exige maior esforço e trabalho de equipe em terapia intensiva de pós-operatório cardíaco.

A transição entre o ato cirúrgico e o pós-operatório imediato está sujeita a uma série de acontecimentos que irão repercutir decisivamente na recuperação do paciente. A formação de uma equipe multiprofissional para este estudo foi estruturado com o objetivo de assegurar o cumprimento de tarefas específicas que, quando executadas em tempo hábil, visa à qualidade profissional, proporciona organização e refletem no melhor atendimento das necessidades do paciente na saída da cirurgia. Portanto, com a intenção de facilitar o fluxo de atividades da equipe de enfermagem, tendo em vista ganho de tempo e qualidade no atendimento, foi desenvolvido um Protocolo de Admissão do Paciente na CETI (Anexo B), documento que, após aprovação unânime da equipe de enfermagem e da chefia, foi adotado como rotina de admissão sem a pretensão de substituir o plano de cuidados e sim de sistematizar procedimentos imediatos na admissão, incluindo suporte respiratório, monitorização de frequência cardíaca, saturação de oxigênio, pressão arterial média, infusão de drogas, drenagem de sangue e diurese, exames laboratoriais e radiológicos.

Passada a fase inicial de “entrega-recebimento do paciente”, teve início o pós-operatório propriamente dito e, por conseguinte, a fase de coleta de dados, com a aplicação do referencial teórico proposto neste estudo, iniciado com o histórico de enfermagem. A preocupação com esta etapa metodológica é justificada por se tratar da primeira etapa de um processo constituído por fases interligadas, portanto uma falha inicial nesta poderia levar ao insucesso todas as demais etapas.

No acompanhamento dos casos deste estudo, a admissão dos pacientes ocorreu da maneira prevista, sendo assegurados com êxito todos os procedimentos estabelecidos pelo Protocolo de Admissão do Paciente na CETI. O histórico de enfermagem foi facilmente aplicado, voltando-se à realidade do pós-operatório cardíaco e utilizando o exame físico para sua efetiva comprovação. O julgamento clínico dos dados possibilitou a identificação de problemas de enfermagem enquadrados entre as necessidades afetadas do nível psicobiológico. Uma vez relacionados os problemas às necessidades, estabeleceu-se a correlação de termos entre as necessidades afetadas e os fenômenos de enfermagem das funções fisiológicas da CIPE.

O trabalho com associação de termos se baseou na distinção entre problema de enfermagem, necessidade afetada e fenômeno de enfermagem. Dola (1990) relaciona necessidade a processos da vida que determinam uma resposta da pessoa para o meio ambiente, enquanto problemas de enfermagem originam-se do conflito entre duas ou mais necessidades, podendo resultar de uma enfermidade ou mesmo do modo inaceitável de satisfazer uma necessidade. A autora prossegue, esclarecendo que o problema de enfermagem é uma situação relacionada a uma necessidade ou ao modo de atendê-la.

Cruz (2000), quando faz conferência a cerca dos pressupostos para o uso de fenômenos de enfermagem, esclarece que, na apresentação da Versão Alfa da CIPE, eles representam conceitos de enfermagem que foram cuidadosamente agrupados e organizados através de uma hierarquização de termos. Esclarecidos os termos principais que nortearam a associação da teoria de enfermagem à CIPE, envolvendo o histórico, o diagnóstico e as demais etapas metodológicas do estudo tiveram continuidade.

A etapa de planejamento de cuidados foi desenvolvida diariamente após a identificação dos fenômenos de enfermagem, para que houvesse coerência na aplicação do modelo teórico proposto. Assim, a partir do pós-operatório imediato, as avaliações diárias foram realizadas no

início do dia através de exame físico, observação e comunicação verbal com o próprio paciente. Esta avaliação ocorreu de forma direcionada ao pós-operatório cardíaco considerando a atuação específica para este setor, idéia reforçada por Kimura e cols (1994), que simplificam a controvérsia sobre o conteúdo do exame físico, afirmando que este será melhor representado à medida que a atuação específica da enfermeira estabeleça demandas também específicas para sua realidade. Deste modo, a coleta teve continuidade, estando os dados apresentados na forma de quadros ilustrativos das etapas metodológicas aplicadas, representando cada dia do pós-operatório, desde o pós-operatório imediato, até a transferência do paciente para a enfermaria, como ilustrado no Anexo E.

## 5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Entre os meses de agosto e dezembro de 2000, após aplicação prévia de pré-teste para validar a adequação do instrumento de coleta, teve início a fase de campo deste estudo. Com a meta de abranger a participação significativa de pacientes sem delimitar um número específico, foram acompanhados dez pós-operatórios de revascularização miocárdica durante todo o período de permanência em UTI de Pós-Operatório Cardíaco.

O critério de acompanhamento de um paciente de cada vez, desde sua admissão até a transferência para a unidade cardiológica, conforme foi estabelecido inicialmente, para assegurar a implementação do estudo pelos enfermeiros do setor, uma vez que a grande dinâmica de trabalho da UTI de pós-operatório dificultaria a aplicação deste estudo em mais de um paciente ao mesmo tempo.

A opção por se trabalhar com estudos de casos se deu pela necessidade de acompanhar pacientes de cirurgia cardíaca, para que o modelo assistencial proposto fosse aplicado, dando uma margem significativa para sua validação.

No processamento da análise de dados, observei que o pós-operatório cardíaco gera a dependência de cuidados de enfermagem comuns a este período, e, por isso, necessidades afetadas, como cuidado corporal, motilidade, nutrição e eliminação, estiveram presentes na maioria dos casos, acompanhados de suas devidas distinções, comentadas a seguir. Por este motivo, e para melhorar a compreensão do leitor, os comentários das etapas metodológicas estão acompanhados de quadros ilustrativos que representam os problemas de enfermagem identificados pelo histórico de enfermagem, os fenômenos conhecidos a partir da correlação com os problemas de enfermagem, as intervenções do enfermeiro traçadas pelos planos de cuidado e o apanhado das evoluções de enfermagem.

A elaboração do histórico de enfermagem, em conjunto com o exame físico, propiciou a uniformidade nos problemas de enfermagem nos pós-operatório de revascularização miocárdica. Estes consistiram, sobretudo, em: estado de narcose, intubação traqueal, dependência de ventilação mecânica, dependência de oxigenoterapia dirigida após extubação traqueal, hipotermia no POI, hipertermia em PO tardio, alterações pressóricas, dependência de drogas vasoativas e/ou inotrópicas, alterações no débito cardíaco, perdas volêmicas, hemotransfusão, perda volêmica,

presença de drenos mediastínico e/ou pleural, mobilização restrita no leito, náuseas, presença de SVD e ausência de eliminações fecais por tempo prolongado.

Na continuação do modelo metodológico, os problemas de enfermagem foram correlacionados a necessidades humanas básicas de oxigenação, regulação vascular, regulação térmica, terapêutica, integridade cutâneo-mucosa, motilidade, cuidado corporal, hidratação, nutrição e eliminação. Após a correlação entre problemas de enfermagem e necessidades humanas básicas, os fenômenos de enfermagem foram levantados na intenção de se estabelecer novo cruzamento, agora com o objetivo de explicar os problemas identificados como diagnósticos, através da definição dos fenômenos de enfermagem.

Nesta etapa, verificou-se que muitos problemas de enfermagem são correlacionados aos fenômenos, esclarecendo, em termos de diagnóstico, o significado daquelas alterações de maneira objetiva. Entretanto, ficou claro que os problemas de enfermagem relacionados aos procedimentos invasivos, como drenos, sondas, cateteres e outros, não apresentaram condições de correlação de termos, ficando sem o devido fenômeno de enfermagem. É válido ressaltar que a referência ao sistema de classificação da CIPE deve ser feita lembrando que a versão aqui empregada se encontra em fase de reestruturação para publicar nova versão, portanto, possui pontos obscuros e/ou inacabados quando classifica fenômenos de enfermagem.

Os quadros 01 e 02 apresentam os problemas de enfermagem identificados no pós-operatório imediato e a partir do primeiro pós-operatório nos pacientes revascularizados do miocárdio em UTI de pós-operatório cardíaco, os quadros 03 e 04, mostram os fenômenos de enfermagem identificados a partir dos problemas de enfermagem e as intervenções de enfermagem desenvolvidas para estes pacientes.

## Quadro 1

Problemas de Enfermagem identificados no POI através do Histórico de Enfermagem em pacientes submetidos a revascularização miocárdica.

Fortaleza-CE, jun./dez. 2000

Casos	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
<b>Problemas de Enfermagem</b>										
Narcole	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Intubação traqueal	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Ventilação mecânica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Hipotermia	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Bradicardia				X						
Hipotensão	X			X						X
Hipertensão			X							
Extremidades malperfundidas						X				
Baixo PO <sub>2</sub>							X			
Baixo débito cardíaco										
Uso de dreno mediastínico		X		X	X	X	X	X	X	X
Uso de dreno pleural	X									
Uso de dreno mediastínico/pleural			X							
Uso de drogas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Uso de balão intra-aórtico				X						
Mucosa hipocorada								X		
Hemotransusão			X	X						
Hiperpotassemia	X					X				
Hipocalemia	X									
Hiponatremia						X				
Obesidade	X									
Sangramento nasal		X								
Sujidade sanguínea				X						
Sialorréia		X			X			X		
SNG		X								
Mucosa oral ressecada			X							
Amputação de MID									X	
SVD	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Bexigoma							X			



## Quadro 2

Problemas de Enfermagem, identificados a partir do 1º PO, em pacientes revascularizados do miocárdio.

Fortaleza-CE, jun./dez. 2000

Casos	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
<b>Problemas de Enfermagem</b>										
PO Cardíaco	X	X	X		X	X	X	X	X	X
Intubação traqueal	X	X				X			X	
Ventilação mecânica	X	X				X			X	
Desconforto respiratório		X								
Taquipnéia	X		X		X			X		
Baixa expansão pulmonar								X		
Infecção respiratória								X		
Temperatura elevada								X	X	
Hipotensão	X					X				
Hipertensão			X							
Taquicardia		X								
Uso de dreno mediastínico		X				X	X	X	X	X
Uso de dreno pleural	X									
Uso de dreno mediastínico/pleural			X							
Uso de drogas	X		X		X	X	X	X	X	X
Pico hiperglicêmico									X	
Hemotransfusão		X	X						X	
Incisão cirúrgica	X	X	X		X	X	X	X	X	X
Sangramento incisional	X	X			X	X	X	X	X	X
Secreção incisional serosa			X							
Queimadura sacral	X									
Escara sacral									X	
Dieta zero	X						X	X	X	
Náuseas			X							
SNG		X							X	
Contenção no leito							X		X	
Mobilizando-se com ajuda		X	X							
Dificuldade para se mobilizar	X				X				X	
SVD	X	X	X		X	X	X	X	X	X
Diurese reduzida							X		X	
Obstrução da SVD							X			
Irrigação vesical							X			
Hematúria							X			
Constipação	X		X				X		X	



### Quadro 3

Correlação entre os Fenômenos de Enfermagem e os Problemas de Enfermagem identificados nos pacientes em pós-operatório de revascularização miocárdica.

Fortaleza-CE, Jun./Dez. 2000

Problemas de Enfermagem	Fenômenos de Enfermagem
PO Cardíaco	
Intubação traqueal	Limpeza ineficaz das vias aéreas
Ventilação mecânica	Ventilação
Desconforto respiratório	Dispneia
Taquipnéia	Intolerância à atividade
Baixa expansão pulmonar	Troca de gases ineficaz
Infecção respiratória	
Temperatura elevada	Hipertermia
Hipotensão	Pressão sanguínea diminuída
Hipertensão	Pressão sanguínea aumentada
Taquicardia	Débito cardíaco aumentado
Uso de dreno mediastínico	
Uso de dreno pleural	
Uso de dreno mediastínico/pleural	
Uso de drogas	
Pico hiperglicêmico	
Hemotransfusão	
Incisão cirúrgica	Ferida cirúrgica
Sangramento incisional	Tegumento interrompido
Secreção incisional serosa	Tegumento interrompido
Queimadura sacral	Tegumento interrompido
Escara sacral	Úlcera de pressão
Dieta zero	Déficit nutricional
Náuseas	
SNG	
Contenção no leito	Imobilidade parcial
Mobilizando-se com ajuda	Imobilidade parcial
Dificuldade para se mobilizar	
SVD	
Diurese reduzida	Retenção urinária
Obstrução da SVD	Retenção urinária
Irrigação vesical	Retenção urinária
Hematúria	
Ausência de evacuações	Constipação

No processamento de termos, observou-se que o problema de enfermagem de narcose poderia ser enquadrado na denominação de síndrome, ou seja, conjunto de sinais e sintomas que descrevem um problema podendo apresentar mais de uma necessidade básica afetada. Todavia, tomando como base à realidade do pós-operatório cardíaco, que prevê um despertar anestésico precoce, quando em situação normal, este problema de enfermagem foi associado à necessidade de motilidade, haja vista o estado de ausência de reflexos e imobilidade completa dos quatro membros.

Observou-se também que em alguns casos a permanência em ventilação mecânica ocorreu de forma prolongada, repercutindo em riscos para infecção respiratória. Este fato é alertado por Luccchesi et alii (1998), que apresentam agentes infecciosos como bactérias aeróbias do tipo gram-negativas como predominantes em ambientes de UTI's, na grande maioria das vezes causando colonização da orofaringe. O tratamento terapêutico para o restabelecimento respiratório, quando detectado franco processo infeccioso, passa a ser desenvolvido pelo emprego de terapêutica antimicrobiana, na intenção de debelar o processo infeccioso e assim chegar às condições de extubação.

Foi evidenciado ainda que a necessidade de oxigenação, representativa do problema de dispnéia, foi interpretada como a causa inicial para a necessidade de motilidade, uma vez que a dificuldade respiratória acarreta cansaço fácil, fadiga e dificuldade de locomoção (Nilsen, 1997). Além disso, a presença de drenos torácicos em pacientes conscientes predispõe a dificuldade para mobilização, gerando dor e desconforto e levando os pacientes a um constante estado de ansiedade, que pode ser responsável pelo comprometimento da dinâmica respiratória.

Neste sentido, é importante esclarecer que, no pós-operatório imediato, a presença de drenos torácicos se enquadra na necessidade de regulação vascular, pois neste período é maior a incidência de sangramento e tamponamento cardíaco, fatores de fundamental consideração para a estabilização hemodinâmica e, como comenta Pinto Filho (1999), é responsável pelo diagnóstico precoce da lesão de um grande vaso ou de sinais de tamponamento sendo também um forte indicador de toracotomia imediata. A perda de sangue através dos drenos torácicos, quando em situações normais, tende a diminuir, determinando sua retirada. Neste período, preconiza-se que a ausência de drenagem deve perdurar por um período mínimo de seis horas para assegurar a saída final do sangue acumulado no espaço mediastínico por ocasião do ato cirúrgico.

A estabilidade hemodinâmica, que consiste na transição entre a parada do sangramento e a retirada do dreno, redireciona a atenção de enfermagem para a necessidade de motilidade. Deste

modo, o mesmo problema de enfermagem passa a ser interpretado sob novo parâmetro e proporciona sua correlação a outro fenômeno de enfermagem, imobilidade parcial. Posto que apesar de o paciente não apresentar riscos de sangramento intenso nem de tamponamento cardíaco, encontra-se com o dreno inserido em seu tórax, o que dificulta sua movimentação.

As alterações pressóricas foram diretamente acompanhadas por meio da pressão arterial média (PAM), que de acordo com Melo, Michelin, Silva et alii (1993), está indicada não apenas para casos em que a medida indireta de pressão arterial não é confiável, mas também para retiradas freqüentes de amostra de sangue arterial para análise de gases, para cálculo da medida de pressão de perfusão cerebral e para controle estrito de pressão arterial média em pacientes fazendo uso endovenoso de drogas dilatadoras inotrópicas.

Casos de instabilidade pressórica, verificados por quadro de hipotensão e hipertensão, foram associados à necessidade de regulação vascular com os respectivos fenômenos de pressão sanguínea diminuída e pressão sanguínea elevada. Em decorrência destes problemas de base, foi iniciado o uso de drogas, originando a necessidade de terapêutica pela dependência da mesma, cuja responsabilidade de preparo, instalação em bomba infusora e supervisão de infusão é destinada ao enfermeiro.

Em terapia intensiva, o corpo de enfermeiros deve estar atento ao acompanhamento da terapêutica empregada, principalmente por caber a esta categoria o preparo e administração dos medicamentos. Do mesmo modo, o desmame e a suspensão de medicamentos inotrópicos devem ser acompanhados de monitorização minuciosa dos parâmetros pressóricos para que, em situações como a acompanhada neste caso, a intervenção possa ser realizada em tempo hábil para a estabilização do quadro do paciente, sem que haja comprometimento do sucesso cirúrgico.

Outro problema de enfermagem verificado foi a redução do débito cardíaco, associada ao fenômeno de débito cardíaco diminuído, definido por Nielsen (1997) como fenômeno de enfermagem pertencente à função cardíaca, com a característica específica de bombeamento de sangue através dos vasos sanguíneos com pressão menor do que o normal. Verri, Saadi e Barbosa (1993), comentam que o débito cardíaco relativamente baixo é comum nas primeiras horas do pós-operatório, vindo a melhorar à medida que se dissipa o efeito anestésico e se corrige a hipotermia, justamente porque, nesta fase, o miocárdio se recupera do insulto isquêmico. Todavia, quando este aumento progressivo do débito cardíaco não ocorre como o previsto, o uso de drogas para aumentar a contratilidade miocárdica é empregado, melhorando a função ventricular. Nestes casos, os agentes

inotrópicos de primeira escolha são a dobutamina e a dopamina, sendo a segunda empregada nos casos de hipotensão severa. Os efeitos vasoativos conferidos pelo uso destes medicamentos podem originar alterações secundárias, como a taquicardia, em virtude do efeito vasoconstrictor.

A detecção de perda volêmica apresenta um nível de tolerância no pós-operatório em virtude da manipulação prolongada de cavidades durante a cirurgia, rompendo inevitavelmente vasos dos mais variados calibres que, apesar da hemostasia elétrica, podem levar algum tempo para refazer sua estrutura sem prejuízos para o equilíbrio orgânico. Pereira, Prado & Loss (1999) comentam que hemorragias leves de 10 a 15% da volemia, em geral são bem toleradas pelo organismo e não necessitam de reposição sanguínea. Para eles, apenas as hemorragias envolvendo mais de 15% da volemia são indicativas de hemotransfusão. Atualmente as transfusões sanguíneas estão mais intimamente relacionadas a uma considerável morbidade do que a mortalidade; para tanto, é fundamental para o êxito do processo que medidas preliminares básicas sejam devidamente atendidas, tais como teste e tipagem do sangue, e manuseio correto do sangue na infusão.

A perda excessiva de sangue verificada em alguns casos determinou a transfusão associada de concentrado de hemácias e plasma fresco congelado, na tentativa primeira de repor a volemia perdida. Especificamente, esta medida visa a melhorar o transporte de oxigênio, levando em consideração a etiologia e o controle da perda sanguínea. Daí sua associação ao plasma fresco congelado, que além de possuir todas as proteínas plasmáticas, inclui os fatores lábeis de coagulação (V e VIII).

Os cuidados de enfermagem para a hemotransfusão visam a assegurar a compatibilidade do tipo e grupo sanguíneo, pela conferência da etiqueta do banco de sangue e nos registros do prontuário. Um vaso de grande calibre deve ser isolado para a transfusão, que não deve ultrapassar quatro horas de duração. Ao longo da transfusão, as condições de temperatura e coloração da pele no local da infusão devem ser continuamente avaliados para detectar possíveis complicações. A velocidade de infusão deve ser determinada em função da orientação específica para cada caso.

A identificação do fenômeno choque, associado ao problema de hemotransfusão, classificado como necessidade de regulação vascular, foi empregada na intenção de esclarecer, através deste fenômeno, o porquê desta necessidade constar como um problema e, por conseguinte, necessitar de um item destacado na prescrição de enfermagem.

O emprego de balão intra-aórtico (B.I.A), verificado neste caso, visou ao melhor controle de parâmetros hemodinâmicos nos casos de baixo débito cardíaco em razão da falência de ventrículo

esquerdo. Verri & Neto (1993), mencionam que os pacientes que mais se beneficiam do emprego do BIA são aqueles com moderada ou moderadamente severa disfunção do ventrículo esquerdo.

A presença de sangramento incisional, verificado em alguns casos, embora não constitua um fator decisivo para complicações na cicatrização, foi um ponto relevante para a assistência de enfermagem em decorrência da grande população de microorganismos residentes no ambiente hospitalar. Lucchesi et cols (1998) revelam que, em ambientes de UTIs, predominam, como agentes etiológicos de maior incidência para mortalidade, bactérias aeróbias gram-negativas, *Staphylococcus aureus* e a *Cândida albicans*. Por outro lado, a observação prática mostra que a coleção serosa e/ou serossanguínea no pós-operatório imediato pode ocorrer sem que nenhuma repercussão, justamente pela proximidade da cirurgia. Em outros casos, isto pode ocorrer como conseqüências do peso excessivo que dificulta a aproximação das bordas do corte cirúrgico.

Foi constatado um caso de queimadura sacral, oriunda da má condução elétrica do bisturi operatório. A queimadura, embora apresente características físicas semelhantes à escara sacral, em virtude da perda de tecido por necrose, foi tratada de maneira distinta, por requerer cicatrização em meio úmido para re-hidratação da área lesionada. O principal recurso utilizado para este problema, consistiu no curativo à base de hidrocolóide, que proporciona a regeneração de tecido e promove a hidratação local pelo contato da pele com uma camada de proteção mecânica recheada com substância gelatinosa de hidrocolóide.

A sialorréia, enquadrada na necessidade de cuidado corporal, algumas vezes foi detectada no pós-operatório imediato em decorrência da ação do anestésico empregado no ato cirúrgico; outras vezes, sua origem esteve relacionada ao acúmulo de secreção traqueobrônquica ou mesmo orogástrica durante a cirurgia. Este problema acarretou a necessidade de manter o processo de limpeza e aspiração traqueal, uma vez que o estado de narcose e de intubação impediam o autocuidado e a deglutição. A sonda nasogástrica, embora não constitua uma rotina na admissão de pacientes pode ser encontrada para comprovar o esvaziamento gástrico, prevenir a aspiração de secreção para os pulmões e para conter a sialorréia. A presença de SNG no pós-operatório também pode ocorrer para preservar a necessidade de nutrição assegurando o bom suporte nutricional através de gavagem, até que o paciente encontre condições de aceitar a dieta por via oral.

Considerando este aspecto, identifiquei um caso de estado prolongado de recusa alimentar, acompanhado de náuseas e vômitos, resistente à terapêutica antiemética. A persistência deste quadro levou à consideração de que muitas patologias respiratórias se encontram relacionadas a



sinais e sintomas clínicos sistêmicos, como neurológicos e digestivos, causando alterações secundárias, impondo uma avaliação gasométrica e eletrolítica, pois o distúrbio de base para este problema consistia em uma acidose metabólica, enquadrado na necessidade de regulação eletrolítica.

As alcaloses e acidoses metabólicas e respiratórias, comumente, causam repercussões sistêmicas que, embora pareçam isoladamente, quando investigados mais a fundo através de exames laboratoriais, revelam achados importantes. Neste caso, o quadro de êmese seguido por anorexia foi importante indicativo de desequilíbrio ácido-básico, principalmente por se tratar de paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca. Para Albuquerque e Barros (1993), esta alteração é ocasionada pela diminuição de bicarbonato sérico, causando acidificação do meio extracelular, ao passo que estimula a ventilação e leva a distúrbios caracterizados pela incapacidade dos rins de regenerar ou reabsorver o bicarbonato, ou ainda de excretar o nitrogênio. Dentre as inúmeras alterações provocadas por este estado, disfunção gastrintestinal é representada por anorexia, náusea e vômito.

Quanto ao estado de desorientação no tempo e espaço, não raro entre os pacientes submetidos a cirurgia de emergência e aos de idade mais avançada, Horta (1979) classifica-o entre as necessidades do nível psicossocial. Portanto, não pertence ao nível psicobiológico, previamente selecionado para este estudo.

Entretanto, foi detectado em um caso específico que este problema inicial acabou repercutindo em outro, de interesse para o nível psicobiológico, que consistiu na necessidade de contenção do paciente no leito, representando um problema de enfermagem enquadrado na necessidade de motilidade, pois esta foi prejudicada para salvaguardar a integridade física. Ainda em decorrência do estado de desorientação, foi afetada a necessidade de nutrição em virtude da recusa alimentar, associada ao fenômeno de enfermagem de déficit nutricional em razão da qualidade inadequada de alimentos ingeridos e conseqüente fraqueza muscular.

A eliminação urinária por SVD foi outro problema de enfermagem comumente detectado no pós-operatório cardíaco. O emprego da SVD se dá para a monitorização contínua e precisa do volume urinário em intervalo regular de tempo para correção de alterações eletroquímicas, sendo importante parâmetro para a avaliação de enfermagem, no que se refere ao tempo de permanência. Isto porque, de acordo com Hoefel & Konkewicz (1993), o emprego de materiais invasivos predispõe a formação de culturas bacterianas e compromete o tempo médio de recuperação do

organismo. Nestes casos, a SVD foi interpretada como problema de enfermagem pertencente à necessidade de eliminação.

O desmame da SVD deve obedecer com rigor a prática do exercício de sonda, que consiste em seu fechamento e abertura a intervalos variáveis de duas horas e quinze minutos, respectivamente. O critério utilizado para a determinação deste tempo médio variou entre cada caso, pois algumas vezes o paciente se encontrava fazendo uso de diuréticos, alterando o tempo de enchimento da bexiga.

Como este exercício requer a solicitação do paciente para a reabertura da sonda, quando sua via de saída se encontra fechada (para o enchimento intencional da bexiga), não seria apropriado continuá-lo após medicação analgésica potente. Por este motivo, ficou estabelecido para a rotina de desmame de sondas vesicais no pós-operatório que esta só ocorreria em pacientes conscientes e orientados para participar do processo, e que a abertura da mesma ocorreria sempre que o paciente solicitasse, não importando o tempo de fechamento. Deste modo, preconizou-se a reeducação da resposta reflexa de micção controlada pelos esfíncteres uretrais. Em casos em que o paciente do sexo masculino apresentava idade avançada, o desmame foi prolongado para prevenir complicações prostáticas.

Assim foi verificado em um caso específico, no qual o paciente apresentou obstrução repetitiva da SVD, resultando em novas sondagens e, por conseguinte, novos traumas à bexiga e exposição do paciente a procedimento invasivo. Este problema foi enquadrado nas necessidades de regulação imunológica e eliminação, sem, no entanto, encontrar correspondência aos fenômenos de enfermagem trabalhados. Todavia, a persistência da obstrução revelou existência de bexigoma e esclareceu a dificuldade para o esvaziamento da bexiga, possibilitando a identificação do fenômeno de enfermagem de retenção urinária.

A ausência de eliminações intestinais após o restabelecimento da oferta nutricional é levada em conta, caracterizando uma necessidade de eliminação correlacionada com o fenômeno de constipação, uma vez que já teve início a oferta de dieta líquida e posteriormente pastosa, favorecendo o funcionamento intestinal pelo reinício da peristalse.

A constipação é um fenômeno de enfermagem comumente presente nos pacientes em etapas avançadas do pós-operatório mediato. Este achado, embora traga repercussões desagradáveis aos pacientes, não apresenta nenhuma correlação patológica, portanto tende a ser tratado pela ingesta reforçada de líquidos e de alimentos laxativos e pela promoção, tanto quanto possível, de



privacidade no leito no momento que o paciente sentir necessidade de evacuar. Nos casos em que o desconforto implica alterações do quadro clínico, são aplicados enemas de limpeza com bons resultados. Em geral, o retorno do paciente à enfermaria de origem, assim como o reinício de sua rotina diária proporciona a regularização da atividade intestinal.

Quanto à etapa de planejamento da assistência, Santos et cols (1996) a enquadram como centralizada para a promoção, manutenção e restauração da saúde do cliente. A literatura que fala dessa temática a classifica como dependentes, interdependentes e independentes, levando em conta a participação de outros profissionais para o desenvolvimento dessas ações.

Para Daniel (1981), o planejamento é essencial para o alcance de resultados desejados. Sem ele não se encontra com regularidade, na prática, registro de dados importantes para a continuidade do tratamento, nem para a avaliação das respostas que o paciente apresenta para o cuidado desenvolvido. Em terapia intensiva, o cuidado de enfermagem tende a assumir uma postura de “fazer urgente”, haja vista o grau de dependência dos pacientes; esta postura acaba redundando em uma visão quebrada do paciente, disfarçando o planejamento da assistência pelo emprego de rotinas setoriais que não têm o costume de empregar a avaliação metodológica como uma etapa do trabalho de enfermagem.

Para tanto, a intervenção baseada em um planejamento devidamente fundamentado possibilitou melhoria da qualidade do serviço e favoreceu a comunicação entre a equipe de saúde. Neste caso, através do quadro ilustrativo dos problemas de enfermagem, pude facilmente mapear a seqüência de acontecimentos no pós-operatório, além de documentar por escrito o registro preciso de todo este período.

Como defendido pelo referencial teórico seguido neste estudo, o plano de cuidados teve a intenção de estabelecer metas e prioridades para a assistência de enfermagem, com vistas a atender as necessidades afetadas apresentadas pelos pacientes, podendo apresentar itens enquadrados entre as três classificações sugeridas. No pós-operatório imediato, estes cuidados seguiram uma tendência para a manutenção dos parâmetros vitais, porque, nesta fase, as alterações por mais sensíveis que se apresentem podem repercutir em sérias conseqüências ao paciente.

#### Quadro 4

Intervenções de Enfermagem presentes nos Planos de Cuidado desenvolvidos para pacientes em pós-operatório de revascularização miocárdica.

Fortaleza-CE, jun./dez. 2000

Casos	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
<b>Intervenções de Enfermagem</b>										
Verificar ssvv	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Manter cabeceira elevada	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitorizar funcionamento do BIRD	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Renovar fixação do TOT alternando lado	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Repor água no umidificador do BIRD	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Aspirar TOT realizando <i>toilet</i>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Avaliar junto ao plantonista e fisioterapeuta a extubação	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Manter jejum por seis horas após extubação	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Manter posicionamento da máscara de O <sub>2</sub>	X	X						X	X	
Renovar cateter de O <sub>2</sub> alternando narina		X	X		X		X		X	X
Manter nível de água no umidificador de O <sub>2</sub>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Estimular tosse e expectoração		X	X		X					
Monitorizar níveis pressóricos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Renovar infusões venosas reajustando BIC	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Manter cabeceira elevada	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Manter aquecido até estabilizar TC	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Manter drenos e cateteres pervingos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Manter mucosa oral umedecida			X							
Mobilizar no leito avaliando pele	X									
Observar registrando nível de consciência	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Observar registrando alterações cardíacas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Observar registrando alterações no BIA				X						
Observar registrando queixas algicas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Observar registrando alterações glicêmicas									X	
Observar registrando débito urinário	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar banho no leito	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar higiene oral	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar higiene nasal		X								
Realizar higiene facial				X						
Realizar ECG	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Renovar curativos avaliando cicatrização	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Renovar eletrodos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

#### Quadro 4 (Continuação)

Intervenções de Enfermagem presentes nos Planos de Cuidado desenvolvidos para pacientes em pós-operatório de revascularização miocárdica.

Fortaleza-CE, jun./Dez. 2000

Casos	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
<b>Intervenções de Enfermagem</b>										
Renovar selo d'água do dreno	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Avaliar junto ao plantonista a retirada do dreno mediastínico		X	X		X	X	X	X	X	X
Retirar cateter arterial					X	X	X			X
Retirar acesso venoso central					X		X			X
Puncionar acesso venoso periférico							X	X	X	
Avaliar junto ao plantonista o início da dieta por gavagem									X	
Passar SNG									X	
Instalar gavagem observando RG									X	
Lavar SNG após gavagem ou medicação vo									X	
Retirar SNG		X								
Iniciar oferta hídrica fracionada	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Estimular a ingesta hídrica		X								
Reforçar oferta de líquidos gelados			X							
Oferecer dieta registrando aceitação	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Oferecer dieta laxativa registrando aceitação		X								
Instalar hemotransusão observando cuidados básicos		X	X	X					X	
Avaliar permeabilidade da SVD							X			
Repassar SVD							X			
Manter irrigação vesical avaliando resultados							X			
Iniciar desmame de SVD	X	X	X	X	X	X		X	X	X
Retirar SVD	X	X	X	X	X	X		X	X	X
Avaliar junto ao plantonista a transferência para a unidade de internação	X									
Fechar balanço cirúrgico	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

A análise deste quadro revela a uniformidade nos cuidados de enfermagem que são aplicados nos pacientes em pós-operatório cardíaco, principalmente em procedimentos de rotina como verificação de sinais vitais, cuidados com a higiene pessoal e monitorização contínua de parâmetros vitais, enquanto outros são trabalhados mais especificamente em função do quadro clínico apresentado por cada cliente.

O prolongamento da permanência em ventilação mecânica, embora consista na principal medida para a manutenção de sua função respiratória, acarreta as conseqüências da infecção respiratória, tão comum em pacientes de terapia intensiva. Neste aspecto, a assistência de enfermagem se deteve às principais assistências ao paciente intubado, avaliando, diariamente, tanto as características respiratórias como das secreções traqueobrônquicas, possibilitando ao paciente melhores condições de acomodação no leito para a efetiva mobilização das secreções brônquicas.

A necessidade de oxigenação, identificada por quadro de taquipnéia persistente após extubação bem sucedida, foi trabalhada visando a compensar a dificuldade respiratória pelo emprego de oxigenoterapia, fisioterapia, elevação da cabeceira e mobilização no leito. A ausculta pulmonar revelou uma diminuição do murmúrio vesicular bilateral acompanhado de taquipnéia, dados que levaram à associação desta necessidade afetada aos fenômenos de intolerância à atividade e troca de gases ineficaz.

Mesmo quando o paciente se encontrava solícito e cooperativo, foram mantidos no planejamento de cuidados itens relativos à observação dirigida para o funcionamento efetivo da oxigenoterapia (por cateter e máscara), como posição correta e renovação diária do nível de água do umidificador de oxigênio para preservar a integridade da mucosa nasal.

Os principais cuidados de enfermagem verificados na prática, voltados ao paciente com BIA, consistem na inspeção e palpação freqüentes da extremidade distal do membro no qual foi inserido o cateter, manutenção da imobilização total deste membro, renovação de curativos a cada 24 horas ou sempre que necessário, e avaliação constante dos parâmetros por ele medidos e registrados. Estes cuidados visam, respectivamente, à detecção precoce de trombovenose por oclusão da circulação pelo balão, registro de parâmetros fiéis ao monitor, prevenção de infecções por acúmulo de meio de cultura, pois que se trata de procedimento invasivo classificado por Hoefel & Konkewicz (1993), como procedimento de risco (*intracath* por cateter central longo), para infecção hospitalar e acompanhamento da evolução hemodinâmica do paciente.

A infusão medicamentosa em UTI é mantida através de bombas infusoras. Por este motivo, o plano de cuidados, um item permanente alertando para o cuidado de registrar sua renovação, diariamente. Uma vez que independente de sua vazão as drogas devem ser renovadas a cada 24 horas, para que assim seja estabelecida uma medida de controle de infecção hospitalar.

Para os casos de náuseas seguidas de vômito, os planos terapêuticos incluem a ingesta de líquidos gelados na tentativa de amenizar o reflexo emético. Deste modo, à medida que se trata o

problema de base, empregam-se medidas compensatórias, visando a minimizar o problema. Para Atkinson e Murray (1989), o enfermeiro deve lançar mão de intervenções práticas para assegurar a nutrição adequada dos pacientes, dentre eles cuidados básicos como elevar a cama e reduzir o gasto de energia do paciente enfraquecido para se alimentar, que são pontos fundamentais para fornecer uma atmosfera social durante as alimentações e levar a um aumento da ingestão de alimentos.

A avaliação da permeabilidade da sonda vesical deve ser um item constante no plano de cuidados, para que seja procedida em todo o período em que o paciente se encontra com ela, na intenção de afastar a possibilidade ou mesmo de prevenir a formação de tampões oriundos da concentração de cristalóides presentes na diurese muito concentrada.

A evidência de constipação intestinal, revelada pela ausência de trânsito intestinal após três dias do retorno da ingesta alimentar, enfocou a necessidade de eliminação intestinal, trabalhada no plano de cuidados nos itens relativos ao reforço da ingesta hídrica e oferta de alimentos laxativos.

Os procedimentos de rotina, como a realização de banho no leito, higiene oral, ECG, assim como a observação e avaliação contínua dos parâmetros de respiração, funcionamento cardíaco, queixas algicas e débito urinário, são assegurados durante todo o período em que o paciente permanece na UTI, pois muitas vezes a experiência prática demonstrou que alterações não previsíveis nestes parâmetros já foram responsáveis pela reversão do quadro clínico de pacientes aptos à transferência para a enfermaria.

Ao analisar as evoluções de enfermagem realizadas durante o pós-operatório de pacientes submetidos a revascularização miocárdica, constatei que os problemas de enfermagem identificados foram devidamente cuidados, conduzindo à satisfação de suas respectivas necessidades afetadas. Como ilustrado anteriormente, estes problemas estavam em sua maioria voltados a necessidades do nível psicobiológico, apresentando similaridades visíveis quanto às mesmas, haja vista todos os pacientes estarem em recuperação pós-operatória cardíaca.

Este fato possibilitou o acompanhamento continuado e comparativo entre os casos, levando à conclusão de que a aplicação deste modelo metodológico agiu como um agente de melhoria na qualidade do serviço de enfermagem, ao passo que proporcionou aos pacientes melhor e mais específico acompanhamento, detectando, em tempo hábil, problemas de enfermagem associados a necessidades básicas distintas e que, por isso mesmo, necessitavam de atenção especial. Outro aspecto de fundamental importância foi o enriquecimento verificado nos registros de enfermagem

dos enfermeiros do setor, que em muito acrescentaram aos dados colhidos na avaliação diária dos pacientes, através de seu envolvimento com o propósito deste estudo.

De um modo geral, todas as etapas do modelo metodológico se mostraram eficazes no acompanhamento destes casos, ressaltando que, na realidade de uma UTI, especificamente de pós-operatório cardíaco, o trabalho de enfermagem não precisa estar voltado somente para o fazer. Ao contrário, este pode ser simultaneamente científico e interpessoal, resultando em melhorias para a enfermagem e, sobretudo, para os pacientes.



## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar o período de análise de dados, interrogava-me sobre a melhor forma de escrever as considerações finais, sem incorrer em esquecimento ou na superficialidade de pontos importantes para cada etapa assistencial aplicada. Assim, a opção que melhor se moldou à proposta de apresentar um capítulo final coerente com a realidade verificada acabou sendo a de comentar cada etapa do processo aplicado quanto aos principais pontos, em cada uma delas, sem esquecer a interligação de cada etapa. As dificuldades e as facilidades percebidas durante a aplicação do estudo, assim como a participação da equipe de enfermagem em sua implementação, foram pontos enfocados dada a sua relevância para a análise final do trabalho.

Construir um modelo de histórico de enfermagem adaptado à realidade de uma UTI de Pós-Operatório Cardíaco era um desejo antigo, gerado pela constatação, na prática assistencial, da ausência deste importante momento da construção de conhecimento entre enfermeiro e paciente, que até então não era desenvolvida em meu ambiente de trabalho.

Esta realidade me mostrou que os cuidados prestados aos pacientes, apesar de ocorrerem de forma competente, é desvinculada de objetividade para um acompanhamento continuado dos problemas identificados. Isto porque, nas sucessivas mudanças de turno, os critérios para o cuidado variam entre cada enfermeiro com a grande tendência para a manutenção do suporte básico de vida, sem se deter em uma programação que acompanhe de forma sistemática à evolução dos pacientes.

Neste sentido, a aplicação do modelo teórico de Horta, baseado em etapas interligadas e sistematizadas se mostrou eficiente e eficaz na solução deste problema, haja vista a organização e o planejamento de cuidados criteriosamente avaliados para abranger todas as alterações apresentadas pelo paciente, detendo-se no grau de importância dispensado a cada uma delas, sendo, por isso, recomendada como uma opção viável para aplicação em unidades de terapia intensiva.

Ao desenvolver o estudo, verifiquei que as vantagens advindas do emprego do histórico de enfermagem adaptado a uma realidade específica (no caso o pós-operatório cardíaco), só vinham a somar esforços para a equipe de saúde. Tanto quanto ao ganho de tempo empreendido em sua realização, (aqui dirigida por impresso próprio que abrange as



necessidades humanas básicas, fundamentais de serem verificadas), quanto à conquista de uma prática fundamental na enfermagem; a realização do exame físico, utilizando-se dos métodos propedêuticos de inspeção, palpação, percussão e ausculta.

Esta prática foi de fundamental importância para a obtenção de dados durante a avaliação dos pacientes, principalmente em cuidados que muitas vezes são prestados pelos enfermeiros sem que o devido diagnóstico de enfermagem tenha sido levantado para orientá-los.

A realização rotineira do exame físico constituiu um dos principais pontos de inovação desta proposta, posto que proporcionou maior e mais aprofundado contato entre enfermeira e paciente e, por conseguinte, possibilitou a detecção precoce de alterações que, sem a realização do exame físico, só seriam detectadas em uma fase mais agravada, como no caso ilustrativo da queimadura por placa de bisturi, a qual quando detectada logo nas primeiras horas de pós-operatório, é mais rapidamente tratada, diminuindo os riscos e incômodos ao paciente.

A aplicação da etapa do diagnóstico de enfermagem ocorreu de forma criteriosa, isto em razão do fato desta ser uma das mais discutidas na atualidade e, principalmente, pela proposta de utilizá-la associada ao sistema de classificação da CIPE.

Em resumo, a aplicação prática do diagnóstico, o segundo e principal ponto de inovação do estudo, mostrou-se efetiva no planejamento de cuidados, contudo, no que se refere à associação aos fenômenos de enfermagem, verifiquei que muitos deles precisam ser revistos, no sentido de abranger seus significados, pois encontrei em diversas ocasiões que as necessidades afetadas, embora se enquadrassem nas funções fisiológicas de maneira específica, não eram devidamente associadas aos fenômenos de enfermagem, como no caso do uso de drenos e sondas.

Neste sentido, recomendo que o emprego dos fenômenos de enfermagem da CIPE, em associação a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, seja criteriosamente avaliado no intuito de verificar a correspondência dos fenômenos às alterações apresentadas pelo paciente.

Neste caso, a aplicação da CIPE, embora não tenha correspondido à total correlação entre fenômenos e problemas de enfermagem, não inviabilizou a proposta deste estudo, uma vez que em sua maioria os problemas identificados se enquadraram na definição dos

fenômenos trabalhados, favorecendo a definição lógica de seu significado. Portanto, como encerram Chianca e Antunes (1999), foram diagnosticados pelas enfermeiras expressando o foco da prática de enfermagem.

Ao elaborar o primeiro plano de cuidados de enfermagem à luz do referencial teórico adotado, pude diferenciar claramente a importância atribuída aos seus itens, agora formulados com base em dados obtidos pela avaliação da enfermeira junto ao paciente, e não pela repetição de uma seqüência incorporada pela rotina. Percebi que o antigo modelo de se prescrever para o paciente sem avaliá-lo previamente repercutia na escassez de anotações de enfermagem, encobertas por uma rotina de trabalho estressante.

Em estudo sobre os registros de enfermagem, encontrei em Almeida et cols (1995) que, de um modo geral, nos últimos anos, estes têm se apresentado pobres de conteúdo e vazios de significação. Para sustentar esta importante afirmação, as autoras se basearam no levantamento dos registros de enfermagem realizados por enfermeiros e pessoal de nível médio de terapia intensiva, os quais forneceram dados que retrataram a realidade impessoal em que o paciente está inserido quando passa por uma internação hospitalar. Isto reflete ainda a maneira solta como se dá a assistência de enfermagem quando desvinculada do aspecto metodológico-científico.

Como ponto positivo na aplicação deste estudo, evidenciei uma sensível diferenciação no conteúdo dos registros de enfermeiros da CETI. Durante a coleta, constatei o envolvimento crescente deles pela motivação em contribuir para a pesquisa que seria responsável pela melhoria de seus serviços. Daí a elaboração de evoluções de enfermagem ricas em dados que refletiam as alterações apresentadas pelos pacientes nas 24 horas.

Esta evolução diária veio a reforçar ainda mais os quesitos já referidos como importantes na avaliação de enfermagem, porquanto, a cada dia de contato com o paciente, era realizado novo exame físico, complementando as informações previamente obtidas e acompanhando a evolução de seu estado geral. Deste modo, a aplicação continuada do modelo metodológico proporcionou, através da interligação entre suas etapas, o desenvolvimento de uma assistência de enfermagem dirigida por um conceito teórico voltado à satisfação das necessidades humanas básicas afetadas durante o período crítico do pós-operatório.

Portanto, reconheço que a assistência de enfermagem em pós-operatório de cirurgia cardíaca, mesmo sem empregar qualquer referencial teórico, ocorre de maneira eficiente e contribui para a recuperação do paciente. Contudo é importante salientar que, por ocasião da aplicação do processo de enfermagem, nas fases já comentadas, foi percebida uma sensível e crescente melhoria na qualidade científica desta assistência, que passou a ser desenvolvida de modo sistematizado e planejado, repercutindo em um acompanhamento minucioso.

Como ponto negativo, é válido salientar que apesar do êxito verificado no acompanhamento dos pacientes que compuseram a amostra, houve momentos em que a viabilidade do estudo só foi possível em virtude da sua constante supervisão, pois a grande dinâmica de trabalho da UTI, em vezes repetidas, veio repercutir na descontinuação deste trabalho por parte dos enfermeiros do setor. Estes, apesar de se mostrarem cooperativos e dispostos a contribuir em sua aplicação junto aos pacientes, muitas vezes não o fizeram ou se omitiram de fazer em razão dos inúmeros procedimentos a eles cobrados para os demais pacientes, posto que o quantitativo de recursos humanos não é levado em conta quando comparado ao número de pacientes.

Contudo, este problema possui uma representação administrativa e, portanto, está acima dos objetivos propostos neste estudo. Na verdade, o que é válido de ser aqui mencionado foram as conquistas verificadas na atuação de enfermagem, que, norteadas pelo referencial teórico de Horta, avançou na proposta de sistematizar a assistência junto a pacientes críticos, iniciando uma nova proposta diagnóstica e praticando o exame físico.

## 7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, Galton de Campos; BARROS, Elvino. Distúrbios do metabolismo ácido-básico. In: BARRETO, Sérgio Menna. **Rotinas em terapia intensiva**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p.125-131.

ALMEIDA, Luciene Baptista de; SANTOS, Esmeralda Sousa dos; ALVES, Devair de Brito. Registro de enfermagem em prontuários e produção / reprodução de conhecimentos. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v.48, n.2, p.172-179, abr./jun. 1995.

ALVES, Devair de Brito. Produção / Reprodução do conhecimento no trabalho da enfermagem: o conhecimento como forma de estar no mundo. In CHINN, Peggy L. **A construção do conhecimento em enfermagem: coletânea de trabalhos**. Fortaleza: RENE, 1998. p.93-114.

ANSELMÍ, Maria Luíza; CARVALHO, Emília Campos de; ANGERAMI, Emília Luígia Saporiti. Histórico de enfermagem: compreensão e utilização teórico-prática. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, São Paulo, v.22, n.2, p.181:188, ago. 1988.

ATKINSON, Leslie D & MURRAY, Mary Ellen. **Fundamentos de Enfermagem. Introdução ao Processo de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1989.

BARRETO, Sérgio Menna; VIEIRA, Silvia Regina Rios. Normas de funcionamento do Centro de Tratamento Intensivo Clínico-Cirúrgico do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. In BARRETO, Sérgio Menna. **Rotinas em terapia Intensiva**. Porto Alegre: Artes Médicas. 1993. p.1-3.

BENEDET, Silvana Alves. **Manual de diagnóstico de enfermagem: uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação diagnóstica da NANDA**. Florianópolis: Bernúncia, 1998. 134p.

BOCCHI, Silvia Cristina Mangini; MANEGUIN, Silmara; SANTI, Regina Célia de. Sistematização da assistência de enfermagem a paciente com luxação de coluna cervical: estudo de caso. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto. V.4, p.113-129. jul. 1996.

CARVALHO, Zuíla Maria de Figueiredo; DAMASCENO, Marta Maria Coelho; LOUREIRO, Maria Francilita Frota et al. Fenômenos de enfermagem na pessoa diabética. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE CLASSIFICAÇÃO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA, 1., 2000, João Pessoa. 2000.

CHIANCA, T.C.M; ANTUNES, M.J.M (Org.). **A Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva**: CIPESC. Brasília: ABEn, 19999.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 196/96 sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. **Bioética**, v.4, p.15-25, 1996.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Lei do exercício profissional da enfermagem**. Fortaleza, 1986.

CRUZ, Diná Almeida Lopes Monteiro da. Diagnóstico de enfermagem: aspectos históricos e definições. **Rev. Paul. Enfermagem**, v.13, n.1/3, p. 3-7, 1994.

CRUZ, Diná de Almeida Lopes.Monteiro da. Fenômenos e Intervenções de Enfermagem: desatando nós conceituais. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE CLASSIFICAÇÃO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA, 1., 2000, João Pessoa. João Pessoa, 2000.

CRUZ, I.C.F. Diagnóstico de enfermagem e sua aplicação: revisão da literatura. **Rev. Esc. Enfermafem USP**, São Paulo, v.24, n.1, p.149-162, abr.1990.

DANIEL, Liliana Felcher. **A Enfermagem Planejada**. 3ed. São Paulo: EPU, 1981.

- DEMO, Pedro. **Metodologia científica em ciências sociais**. 3. Ed. São Paulo: Atlas, 1995.
- DOLA, Heduvirges. **Estudo sobre a sistematização da assistência de enfermagem implantada na unidade de terapia intensiva**. 1990. Monografia (Especialização em enfermagem Médico-Cirúrgica) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 1990.
- ECHER, I.C; CASSOL, E.L; LUCENA, A.F. Assistência de enfermagem em pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Rev. Gaúch. Enfermagem**, Porto Alegre, v.15, n.1/2, 57-64, jan./dez. 1994
- FEITOSA, Liduina Rocha. Teoria das necessidades humanas básicas e classificação internacional das práticas de enfermagem: estudo de caso. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DA CLASSIFICAÇÃO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA, 1., 2000, João Pessoa. 2000.
- FELISBINO, Janete Elza. **Processo de enfermagem na UTI: uma proposta metodológica**. São Paulo: EPU, 1994. 86p.
- GEORGE, Júlia B. **Teorias de enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. p.17-36.
- GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991.
- HOEFEL, Heloisa Helena Karnas & KONKEWICZ, Loriane Rita. Controle de Infecção. In: BARRETO, Sérgio Menna. **Rotinas em terapia intensiva**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p.132-141.
- HORTA, Wanda de Aguiar. **A observação sistematizada na identificação dos problemas de enfermagem em seus aspectos físicos**. 1968. 60p. Tese (Docência Livre) - Escola de Enfermagem Ana Néri, São Paulo, 1968.

Horta, Wanda de Aguiar. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979. 99p.

IDE, Cilene Aparecida Costardi. Prática de enfermagem em UTI e contexto de saúde. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, São Paulo, v.23, n.1, p.91-98, abr. 1989.

KAMIYAMA, Yoriko; PAULA, Nara Sena de. Os caminhos que vêm sendo trilhados pela comunidade acadêmica de enfermagem brasileira na formação do conhecimento. In: **SIMPÓSIO BRASILEIRO DE TEORIAS DE ENFERMAGEM**, 1., 1985, Florianópolis. Florianópolis: UFSC, 1985.

KIMURA, Miako; MIYADAHIRA, Ana Maria Kazue; CRUZ, Diná de Almeida Lopes Monteiro da et al. O exame físico e o enfermeiro de UTI. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, v.28, n.2, p.156-170. ago. 1994.

LACERDA, Maria do Carmo Nunes de; SOUZA, Cibele de Lima; MENEZES, Lenilma Bento de Araújo. Processo de enfermagem aplicado a um paciente com pneumonia. **Rev. Bras. Ciênc. Saúde**, João Pessoa, v.1, n.1/3, p.87-90, 1997.

LUCCHESI, Fabiano R.; TAKETANI, Gilberto; ELIAS JÚNIOR, Jorge et al. O papel da radiologia na Unidade de Terapia Intensiva. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.31, p.517-531, out./dez. 1998.

MELLO, Maria Berra de; MICHELON, Marice de Lima; SILVA, Raquel Camargo da et alii. Cateterismo Arterial e Monitorização da Pressão Arterial Média em UTI. **Rev. Científica da AMECS**. V.2, segundo semestre, 1993.

NIELSEN, Gunnar H. **Classificação internacional das práticas de enfermagem do Conselho Internacional de Enfermeiras**: versão alfa. Brasília: ABEn, 1997.



NÓBREGA, Maria Miriam Lima da; COLER, Marga Simon. Adequação da teoria das necessidades humanas básicas de horta ao sistema de classificação dos diagnósticos de enfermagem da NANDA. **Ciênc., Cult., Saúde**, João Pessoa, v.13, n.3, p.86-92, jul./set. 1994.

OLIVEIRA, Regina Célia de; NÓBREGA, Maria Miriam Lima da. Identificação de diagnósticos de enfermagem em portadores de Epilepsia: estudo de um caso. **Neurobiologia**, Recife, v.59, n.1, p.29-40, jan./mar. 1996.

PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag. **Problema dos Pacientes em Pós-Operatório de Cirurgia Cardíaca na Unidade de Terapia Intensiva-intervenção de enfermagem**. 193p. Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo. São Paulo, 1986.

PEREIRA, João Pedro Marques; PRADO, Karen Fontoura; LOSS, Sérgio Henrique. Uso de Sangue e Derivados. In: BARRETO, Sérgio Menna. **Rotinas em terapia Intensiva**. Porto Alegre: Artes Médicas. 1993. p.258-263.

PINTO FILHO, Darcy Ribeiro. Intervenções diagnósticas e terapêuticas: o papel da cirurgia torácica geral nas unidades de terapia intensiva. **Rev. Cient. AMECS**, v.8, n.1, p.30-36, 1999.

SANTOS, Iraci dos; SILVA, Ana Lúcia Alves de Carvalho; CLOSS, Araci Carmen et al. Validade das prescrições de Enfermagem: análise documental em prontuários de pacientes internados. **Rev. Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.39-50, maio 1996.

SILVA, Lúcia de Fátima da; GUEDES, Maria Vilani Cavalcante. Pressão Sanguínea Elevada: identificação do fenômeno e intervenções de enfermagem em saúde coletiva. In: I SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE CLASSIFICAÇÃO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA, 1., 2000, João Pessoa. 2000.

SOUZA, Mariana Fernandes. **Modelos teóricos e teorias de enfermagem: contribuição para a construção do conhecimento de enfermagem no Brasil.** In: Coletânea de trabalhos. \_\_ Fortaleza: RENE, 1998. Cap. 3, p.51-63.

TRIVINOS, Augusto Nivaldo. **Introdução a pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1987.

URATANI, Marilena; UTYAMA, Iwa Keiko. O ensino do processo de enfermagem: opinião do enfermeiros. **Rev. Bras. Enfermagem**, v.43, p.14-25, jan./dez. 1990.

VERRI, José Marcus Celaro & NETO, Carlos Mallmann. Balão Intra-Aórtico. In: BARRETO, Sérgio Menna. **Rotinas em terapia intensiva.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p.309-311.

VERRI, José Marcus Celaro; SAADI, Eduardo Keller & BARBOSA, Gilberto Venossi. Pré e Pós-Operatório de Cirurgia Cardíaca. In: BARRETO, Sérgio Menna. **Rotinas em terapia intensiva.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p.278-285.

## 8 BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **Projeto de classificação das práticas de enfermagem em saúde coletiva no Brasil. Manual do pesquisador – Parte I: orientação para o trabalho de campo.** Brasília, 1997.

DEIENNO, Suzel Regina R; GABRIEL, Carmem Silva; SCARELLI, Eliana Maria et al. Proposta de aplicação do método de solução de problemas na assistência de enfermagem do Centro de Terapia Intensiva. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v.46, n.3/4, p.327-336, jul./dez. 1993.

GALVÃO, Cristina Maria; SAWADA, Namie Okino. Aplicação do modelo conceitual de Levine e o método de solução de problema de um paciente cirúrgico. **Rev. Gaúch.Enfermagem**, Porto Alegre, v.14, n.2, p.118-125, jul. 1993.

GONÇALVES, Júnia Villela. **Prêmio Grandes Educadores Brasileiros – Wanda de Aguiar Horta.** São Paulo: Ministério da Educação e Cultura, 1987. 36p.

GUEDES, Maria Vilani Cavalcante; ARAÚJO, Thelma Leite de (Org). **O uso do diagnóstico na prática de enfermagem.** 2. ed. Brasília: ABEn, 1997. 112p.

OLIVEIRA, Maria Ivete Ribeiro de. A formação do conhecimento e a enfermagem brasileira. In: **SIMPÓSIO BRASILEIRO DE TEORIAS DE ENFERMAGEM**, 1., 1985, Florianópolis. Florianópolis: UFCS, 1985. p. 7-20.

SOUZA, Mariana Fernandes de. Teorias de Enfermagem – importância para a profissão. **Acta Paul. Enf.** 1(3): 63-65, setembro de 1998.

STEVENS, B. **Nursing theory: analysis, application, evaluation.** Boston: Little Brown and Company, 1979.

ANETTI, Maria Lúcia; MARZIALE, Maria Helena Palucci; ROBAZZI, Maria Lúcia  
L.C. O modelo de Horta, a taxonomia da NANDA e o método de solução de problema  
como estratégia na assistência de enfermagem. **Rev. Gaúch. Enfermagem**, Porto Alegre,  
15, n.1/2, p.76-84, jun./dez. 1990.

## Anexos

## ANEXO A

### Rapport

Srs. Enfermeiros

Solicito, através desta, a colaboração dos distintos colegas para a aplicação do presente instrumento de coleta de dados, cujo objetivo consiste em aplicar o processo de enfermagem da Teoria das Necessidades Humanas Básicas, nas etapas metodológicas de histórico, diagnóstico, prescrição, evolução de enfermagem junto a pacientes revascularizados em pós-operatório associando as necessidades humanas básicas aos fenômenos de enfermagem da Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem (CIPE).

O instrumento deverá ser aplicado durante os meses de agosto e setembro de 2000, podendo ser encerrado em menor prazo, caso alcance significância na amostra. O paciente revascularizado pertencente à amostra deverá ser acompanhado separadamente, um de cada vez, desde sua admissão até a transferência para outro setor.

Proponho a aplicação do histórico de enfermagem na admissão do paciente, e solicito aos colegas a continuidade desta proposta pela consulta à listagem dos fenômenos de enfermagem e realização da prescrição e evolução de enfermagem.

Atenciosamente

---

Liduína Rocha – 76.360

## ANEXO B

### Protocolo de Admissão do Paciente na CETI

Admitir Instalando: - respirador mecânico

- cateter de oxigênio
- monitor cardíaco
- oxímetro de pulso
- bombas infusoras
- dreno (os) em aspiração simples / sistema de vácuo
- SVD em drenagem

Realizar: - ECG

- balanço cirúrgico horário
- ordenha do (os) dreno (os) horária

Manter: - aquecido até estabilizar temperatura corporal

- drenos e cateteres pérvios
- cabeceira elevada

Solicitar: - exames laboratoriais

- RX torácico



## ANEXO C

### Histórico de Enfermagem

- Dados de Identificação

Nome: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Gr. Sanguíneo: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_ Origem: \_\_\_\_\_

Cirurgia: \_\_\_\_\_

### I – Exame Físico

#### Necessidade de Oxigenação

Respiração: - Espontânea sem suporte

- Espontânea com suporte

- Mecânica: - A.C

- SIMV

- CPAP

Gasometria arterial: Ph \_\_\_\_\_; PO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ PCO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ HCO<sub>3</sub> \_\_\_\_\_

#### Necessidade de Circulação

FC \_\_\_\_\_ PA \_\_\_\_\_ PAM \_\_\_\_\_ PVC \_\_\_\_\_ Hemotransfusão \_\_\_\_\_

Drogas \_\_\_\_\_

Acesso Central \_\_\_\_\_ Acesso Periférico \_\_\_\_\_

#### Necessidade de Equilíbrio Hidroeletrólítico

Balanço Cirúrgico: Sangue: \_\_\_\_\_ Líquido: \_\_\_\_\_

Dosagem de: Na \_\_\_\_\_ K \_\_\_\_\_ Ca \_\_\_\_\_ Mg \_\_\_\_\_

#### Necessidade Neurológica

Nível de consciência \_\_\_\_\_

Orientação no tempo e espaço \_\_\_\_\_

#### Necessidade de Integridade Cutâneo-Mucosa

Pele: Lesões \_\_\_\_\_ Cor \_\_\_\_\_ Turgor \_\_\_\_\_

#### Percepção Dolorosa

Local \_\_\_\_\_ Intensidade \_\_\_\_\_

Reações pessoais \_\_\_\_\_ Medicamentos \_\_\_\_\_

**Necessidade de Cuidado Corporal**

Cabelos \_\_\_\_\_ Olhos \_\_\_\_\_

Cavidade auricular \_\_\_\_\_ Nariz \_\_\_\_\_

Boca \_\_\_\_\_ Dentes \_\_\_\_\_

**Necessidade de Nutrição**

Tipo de dieta \_\_\_\_\_ Estado nutricional \_\_\_\_\_

**Necessidade de Motilidade**

Acamado

Com mobilização parcial

**Necessidade de Eliminação**

(Volume e características)

Urinária \_\_\_\_\_ Intestinal \_\_\_\_\_

Gástrica \_\_\_\_\_ Pericárdica \_\_\_\_\_

Torácica \_\_\_\_\_ Brônquica \_\_\_\_\_

**Necessidade de Terapêutica**

Medicamentos em uso: ação e indicação

**Necessidade de Sono e Repouso**

Narcole

Sono profundo

Sono superficial

Sono agitado

Sonolência constante

Insônia

**Diagnósticos de Enfermagem pela Associação de Termos TNHB / CIPE**

---

---

---

## ANEXO D

### Funções

#### I- Funções Fisiológicas

(N. de Oxigenação)

##### Respiração

Fenômeno de Enfermagem pertencente à Respiração com as seguintes características específicas: troca de oxigênio e de dióxido de carbono no corpo através do trato respiratório.

##### Ventilação

Fenômeno de Enfermagem pertencente à Respiração com as seguintes características específicas: inalação e exalação mecânica de ar.

##### Dispneia

Fenômeno de Enfermagem pertencente à Ventilação com as seguintes características específicas: ventilação com esforço e desconforto aumentados, ventilação curta, batimento de asa do nariz, mudança na profundidade ventilatória, uso dos músculos acessórios, excursão torácica e frêmitos alterados.

##### Limpeza Ineficaz das vias Aéreas

Fenômeno de Enfermagem pertencente à Limpeza das Vias Aéreas com as seguintes características específicas: incapacidade para desobstruir as vias aéreas.

##### Expectoração

Fenômeno de Enfermagem pertencente à Limpeza das Vias Aéreas com as seguintes características específicas: incapacidade para desobstruir as vias aéreas de substâncias provenientes dos pulmões, brônquios ou traquéia.

##### Aspiração

Fenômeno de Enfermagem pertencente à Limpeza das Vias Aéreas com as seguintes características específicas: incapacidade para desobstruir as vias aéreas de substâncias externas.

### **Intolerância à Atividade**

Fenômeno de Enfermagem pertencente à Ventilação com as seguintes características específicas: cansaço fácil, dificuldade de movimentação do corpo, baixa capacidade funcional.

### **Troca de gases ineficaz**

Fenômeno de Enfermagem pertencente à Troca de Gases com as seguintes características específicas de transferência: incapacidade de trocar o oxigênio e o dióxido de carbono entre os pulmões e o sistema vascular, confusão, sibilos, estertores, roncos, diminuição dos murmúrios vesiculares.

(N. de regulação vascular)

### **Função Cardíaca**

Fenômeno de Enfermagem pertencente à Circulação com as seguintes características específicas: bombeamento de sangue pelo coração.

### **Débito Cardíaco Aumentado**

Fenômeno de Enfermagem pertencente à Função Cardíaca com as seguintes características específicas: bombeamento de sangue através dos vasos sanguíneos com pressão maior que o normal.

### **Débito Cardíaco Interrompido**

Fenômeno de Enfermagem pertencente à Função Cardíaca com as seguintes características específicas: parada cardíaca.

### **Pressão Sanguínea Diminuída**

Fenômeno de Enfermagem pertencente à Função Circulatória com as seguintes características específicas: bombeamento do sangue através dos vasos sanguíneos com pressão menor que o normal.

### **Pressão Sanguínea Aumentada**

Fenômeno de Enfermagem pertencente à Função Circulatória com as seguintes características específicas: bombeamento do sangue através dos vasos sanguíneos com pressão maior do que o normal.

### **Função Circulatória Interrompida**

Fenômeno de Enfermagem pertencente à Pressão Sanguínea Diminuída com as seguintes características específicas: interrupção ou perda do volume circulatório, queda acentuada da pressão sanguínea, choque em progressão para choque irreversível.

### **Perfusão Tissular Alterada**

Fenômeno de Enfermagem pertencente à Função Circulatória Interrompida, com as seguintes características específicas: fluxo sanguíneo alterado através dos tecidos para a oferta de oxigênio e nutrientes para as células.

### **Choque**

Fenômeno de Enfermagem pertencente à Perfusão Tissular Alterada com as seguintes características específicas: hipotensão, pele fria e taquicardia, decorrentes de isquemia circulatória periférica aguda.

(Reg. Térmica)

### **Hipertermia**

Fenômeno de Enfermagem pertencente à Temperatura Corporal com as seguintes características específicas: temperatura do corpo acima da média normal, pele ruborizada e calor.

### **Febre**

Fenômeno de Enfermagem pertencente à Hipertermia com as seguintes características específicas: alterações no termostato interno com ou sem tremores, calafrios com ou sem rubor de pele, aumento da frequência respiratória e taquicardia.

### **Hipotermia**

Fenômeno de Enfermagem pertencente à Temperatura Corporal com as seguintes características específicas: temperatura corporal abaixo da média normal, pele fria, palidez, calafrios, perfusão capilar diminuída, taquicardia, leito ungueal cianótico, hipertensão, piloereção.

### **Calafrios**

Fenômeno de Enfermagem pertencente à Termorregulação com as seguintes características específicas: sensação de frio, contrações musculares quando a temperatura corporal cai abaixo do ponto de ajuste termostático ou na fase de calafrios da febre.

(N. Nutrição)

### **Déficit Nutricional**

Fenômeno de Enfermagem pertencente à Nutrição com as seguintes características específicas: qualidade inadequada de alimentos, fraqueza muscular.

### **Emagrecimento**

Fenômeno de Enfermagem pertencente ao Déficit Nutricional com as seguintes características específicas: qualidade adequada de alimentos, perda de peso, debilidade.

### **Nutrição Excessiva**

Fenômeno de Enfermagem pertencente à Nutrição com as seguintes características específicas: nutrição maior do que a requerida pelo corpo, nível de atividade sedentária, disfunções dos padrões alimentares, concentração da ingestão de alimentos no final do dia, alimentação em resposta a estímulos internos/externos.

### **Obesidade**

Fenômeno de Enfermagem pertencente à Nutrição Excessiva com as seguintes características específicas: qualidade adequada de alimentos, peso >20% acima do ideal.

### **Indigestão**

Fenômeno de Enfermagem pertencente à Digestão com as seguintes características específicas: decomposição mecânica e química do alimento na boca.

### **Eructação**

Fenômeno de Enfermagem pertencente à Digestão com as seguintes características específicas: refluxo de ar ou de pequenas porções de alimentos para a boca.

### **Vômito**

Fenômeno de Enfermagem pertencente à Digestão com as seguintes características específicas: expulsão de alimentos através da boca.

### **Desidratação**

Fenômeno de Enfermagem pertencente à Hidratação com as seguintes características específicas: déficit de volume de líquido, diminuição do volume urinário, urina concentrada, eletrólitos alterados, sede, pele seca, mucosas secas, diminuição do turgor da pele.

### **Retenção de Líquidos**

Fenômeno de Enfermagem pertencente à Hidratação com as seguintes características específicas: excesso de volume de líquido, edema, ganho de peso, mudança no estado mental, alteração de eletrólitos.

### **Edema**

Fenômeno de Enfermagem pertencente à Retenção de Líquidos com as seguintes características específicas: acúmulo excessivo de líquido nos espaços tissulares.

(N. Eliminação)

### **Incontinência Intestinal**

Fenômeno de Enfermagem pertencente à Eliminação Intestinal com as seguintes características específicas: incapacidade de controlar a defecação, fluxo constante de fezes soltas, líquidas e não formadas.

### **Diarréia**

Fenômeno de Enfermagem pertencente à Incontinência Intestinal com as seguintes características específicas: fezes soltas, fluidas, líquidas, não formadas, aumento da frequência, trânsito aumentado, aumento dos ruídos intestinais, cólicas e urgência.

### **Constipação**

Fenômeno de Enfermagem pertencente à Eliminação Intestinal com as seguintes características específicas: fezes formadas e endurecidas, diminuição da frequência, quantidade de fezes menor que a habitual, trânsito diminuído, diminuição de ruídos intestinais, esforço para evacuar, náuseas, dor de cabeça, apetite prejudicado.

### **Fecaloma**

Fenômeno de Enfermagem pertencente à Constipação Retal com as seguintes características específicas: coleção de fezes endurecidas no reto.

### **Incontinência Urinária**

Fenômeno de Enfermagem pertencente à Eliminação Urinária com as seguintes características específicas: perda involuntária de urina.

### **Retenção Urinária**

Fenômeno de Enfermagem pertencente à Eliminação Urinária com as seguintes características específicas: esvaziamento incompleto da bexiga.



(Integridade Cutâneo-Mucosa)

### **Pele Seca**

Fenômeno de Enfermagem pertencente à Tegumento Integro com as seguintes características específicas: epiderme com baixa umidade, aspereza, descamada e esfoliada

### **Mucosa Seca**

Fenômeno de Enfermagem pertencente à Tegumento Integro com as seguintes características específicas: mucosa com baixa umidade, seca, falta de secreção.

### **Boca Seca**

Fenômeno de Enfermagem pertencente à Mucosa Seca com as seguintes características específicas: baixa umidade, seca, falta de umidade na cavidade oral.

### **Córnea Seca**

Fenômeno de Enfermagem pertencente à Mucosa Seca com as seguintes características específicas: baixa umidade, seca, falta de secreção na superfície ocular.

### **Tegumento Interrompido**

Fenômeno de Enfermagem pertencente à Tegumento com as seguintes características específicas: cobertura natural do corpo inicialmente afetada ou não íntegra.

### **Úlcera de Pressão**

Fenômeno de Enfermagem pertencente à Úlcera com as seguintes características específicas: rompimento da continuidade da superfície tegumentar com uma base inflamada, diminuição de suprimento sanguíneo e/ou perda de tecido devido à compressão e fricção da pele entre o osso e a superfície de apoio.

### **Ferida Cirúrgica**

Fenômeno de Enfermagem pertencente à Ferida com as seguintes características específicas: rompimento da continuidade da superfície tegumentar e/ou perda de tecido como resulta de injúria.

(N. Sono e Repouso)

### **Dificuldade para Dormir**

Fenômeno de Enfermagem pertencente ao Sono com as seguintes características específicas: dificuldade para iniciar a diminuição da atividade corporal.

**Insônia**

Fenômeno de Enfermagem pertencente ao Sono com as seguintes características específicas: ausência de sono.

**Fadiga**

Fenômeno de Enfermagem pertencente ao Repouso com as seguintes características específicas: cansaço, insônia, bocejar freqüente, desatenção devido ao cansaço, falta de vigor com ou sem atividade.

(N. Motilidade)

**Imobilidade Parcial**

Fenômeno de Enfermagem pertencente à Mobilidade com as seguintes características específicas: capacidade reduzida de movimentar partes do corpo.

**Imobilidade Completa**

Fenômeno de Enfermagem pertencente à Mobilidade com as seguintes características específicas: ausência completa de capacidade de movimentar o corpo todo.

## ANEXO E

### Caso 01

#### • Pós-Operatório Imediato (POI)

##### Histórico de Enfermagem

F.F, 52 anos, grupo sanguíneo A+, 72.500Kg, admitida na CETI dia 02/08/00, proveniente do Centro Cirúrgico, onde foi submetida a Revascularização do Miocárdio. Intubada, ventilada por ambu. Normocárdica, hipotensa, hipotérmica. Cateter arterial no MSE. Acesso venoso central e periférico no MSD por dissecação e punção. Fazendo uso de drogas inotrópicas (Dopamina e Dobutamina) e reposição eletrolítica de KCl. Sob narcose, pupilas fotorreagentes e imobilidade completa dos membros. Pele íntegra e limpa. Ferida cirúrgica protegida por curativo compressivo. Obesa, em dieta zero. Drenos pleurais direito e esquerdo em aspiração a vácuo e simples, respectivamente, com drenagem controlada. Diurese mantida por sonda vesical de demora (SVD), em bom débito de cor amarelo claro. Instalado respirador mecânico no modo assisto-controlado, monitor cardíaco e oxímetro de pulso. Colhida gasometria arterial, revelando quadro de hiperpotassemia e hipocalemia. Iniciado controle hemodinâmico pelo balanço cirúrgico horário.

Problemas de Enfermagem	Necessidades Afetadas	Fenômenos de Enfermagem
ventilação mecânica	Oxigenação	Ventilação
intubada	Oxigenação	Limpeza ineficaz das vias aéreas
hipotensa	Regulação Vascular	Pressão sanguínea diminuída
uso de drenos pleurais D e E	Regulação Vascular	
hipotérmica	Regulação Térmica	Hipotermia
narcose anestésica	Motilidade	Imobilidade completa
obesa	Nutrição	Obesidade
uso de drogas inotrópicas	Terapêutica	Pressão sanguínea diminuída
hiperpotassemia	Regulação Hidroeletrolítica	
hipocalemia	Regulação Hidroeletrolítica	
uso de SVD	Eliminação	

ata	Plano de Cuidados	Horário
2/08/00	01. Verificar ssvv	Horário !
	02. Monitorizar funcionamento do BIRD	T ( ) N ( )
	03. Repor água do umidificador do BIRD	18 : 24 : 06
	04. Aspirar secreções do TOT realizando <i>toilet</i>	s.n.
	05. Monitorizar níveis pressóricos	T ( ) N ( )
	06. Renovar infusões venosas reajustando BIC	( ) ( )
	07. Manter: - cabeceira elevada	
	- aquecida até estabilizar TC	Atenção !
	- drenos e cateteres pérvios	
	08. Mobilizar no leito avaliando integridade da pele	05
	09. Avaliar funcionamento dos acessos venosos	T ( ) N ( )
	10. Observar registrando: - nível de consciência	T ( ) N ( )
	- alterações cardíacas	T ( ) N ( )
	- queixas algicas	T ( ) N ( )
	- débito urinário	T ( ) N ( )
	11. Renovar selo d'água dos drenos	05
	12. Fechar balanço cirúrgico	06

• Primeiro Pós-Operatório (1° PO)

Data	Hora	Evolução de Enfermagem
03/08/00	08:30	Consciente, orientada, acamada. Intubada, sob ventilação mecânica no modo SIMV, saturando 80%, comunicando-se por gestos. Em monitorização cardíaca com ritmo cardíaco regular. Evolui com instabilidade pressórica de hipotensão. Acessos venosos central e periférico no MSD funcionantes infundindo Dopamina, Dobutamina e HV+KCl. Cateter arterial pérvio. Drenos torácicos D e E em aspiração com drenagem controlada de sangue. Em dieta zero, mobilizada no leito com ajuda, detectada queimadura de placa na região sacral, feita limpeza e proteção local. Ferida cirúrgica, drenando secreção sanguinolenta em moderada quantidade. Diurese presente por SVD de cor amarelo clara em bom débito.

Problemas de Enfermagem	Necessidades Afetadas	Fenômenos de Enfermagem
Ventilação mecânica	Oxigenação	Ventilação
Intubada	Oxigenação	Limpeza ineficaz das vias aéreas
Hipotensão	Regulação Vascular	Pressão sanguínea diminuída
Uso de drenos pleurais	Regulação Vascular	
Dieta zero	Nutrição	Déficit nutricional
Dificuldade p/ mobilizar-se	Motilidade	Imobilidade parcial
P.O cardíaco	Cuidado Corporal	
Queimadura sacral	Integridade cutâneo-mucosa	Tegumento interrompido
Sangramento incisional	Integridade cutâneo-mucosa	Ferida cirúrgica

Data	Plano de Cuidados	Horário
03/08/00	01. Verificar ssvv 02. Aspirar secreções do TOT realizando <i>toilet</i> 03. Renovar fixação do TOT alternando lado 04. Repor nível de água no umidificador do BIRD 05. Avaliar junto ao plantonista e fisioterapeuta as condições de extubação 06. Mudar de decúbito avaliando a integridade da pele 07. Realizar: -banho no leito -higiene oral -ECG 08. Renovar: -curativos avaliando cicatrização -eletrodos -selo água dos drenos 09. Observar registrando: -funcionamento do BIRD -alterações cardíacas -queixas algicas -débito urinário 10. Fechar balanço cirúrgico	08:10:12:14:16:18:20:24:04 s.n. s.n. 12 : 18 : 24 : 06 T ( ) MMM TTT NNN M ( ) 12 : 18 : 06 M ( ) M ( ) s.n 05 M ( ) T ( ) N ( ) M ( ) T ( ) N ( ) M ( ) T ( ) N ( ) M ( ) T ( ) N ( ) 12 : 18 : 06

• Segundo Pós-Operatório (2º PO)

<b>Data</b>	<b>Hora</b>	<b>Evolução de Enfermagem</b>
04/08/00	06:00	Consciente, orientada, verbalizando suas necessidades. Extubada sem intercorrências, taquipneica, com suporte de O <sub>2</sub> por máscara de Venturi. Em monitorização cardíaca com ritmo cardíaco regular. Mantendo níveis pressóricos com Dopamina e Dobutamina. Acessos venosos e cateter arterial pérvios. Fazendo reposição de KCl. Iniciada oferta hídrica fracionada com boa aceitação. Mobilizando-se no leito com auxílio. Drenos torácicos D e E em aspiração com drenagem reduzida. Ferida cirúrgica limpa e seca. Queimadura sacral protegida com curativo hidrocolóide em fase de cicatrização. Diurese controlada por SVD em bom débito de cor amarelo claro. Não evacuou no período.

<b>Problemas de Enfermagem</b>	<b>Necessidades Afetadas</b>	<b>Fenômenos de Enfermagem</b>
taquipneica	Oxigenação	Intolerância à atividade
cardíaco	Cuidado Corporal	
uso de drogas inotrópicas	Terapêutica	Pressão sanguínea diminuída
uso de drenos pleurais	Motilidade	Imobilidade parcial
ferida cirúrgica	Integridade cutâneo-mucosa	Ferida cirúrgica
queimadura sacral	Integridade cutâneo-mucosa	Tegumento interrompido
diurese por SVD	Eliminação	
não evacuou no período	Eliminação	Constipação



Data	Plano de Cuidados	Horário
04/08/00	01. Verificar ssvv 02. Manter: -cabeceira elevada - posicionamento da máscara de Venturi 03. Renovar: -nível de água do umidificador de O <sub>2</sub> -infusões venosas reajustando BIC -curativos avaliando cicatrização -eletrodos -selo d'água dos drenos 04. Realizar: -ECG 05. Auxiliar na: -mobilização no leito -higiene oral -banho no leito 06. Iniciar: -oferta de dieta registrando aceitação -desmame de SVD 07. Observar registrando: -padrão respiratório -alterações cardíacas -débito urinário 08 Retirar SVD 09. Fechar balanço cirúrgico	08 : 12 : 16 : 20 : 24 : 04 Nas 24h ! M ( ) ( ) ( ) M ( ) s.n 05 M ( ) MM TT NN 12 : 18 : 06 M ( ) 08 : 10 : 12 : 15 : 18 : 21 M ( ) M ( ) T ( ) N ( ) M ( ) T ( ) N ( ) M ( ) T ( ) N ( ) N ( ) 12 : 18 : 06

• Terceiro Pós-Operatório (3º PO)

<b>Data</b>	<b>Hora</b>	<b>Evolução de Enfermagem</b>
05/08/00	08:50	Consciente, orientada, pouco cooperativa, verbalizando suas necessidades. Algo taquipneica, com suporte de O <sub>2</sub> parcial. Mantendo monitorização cardíaca com ritmo cardíaco regular. Normotensa, fazendo uso de Dobutamina e KCl, desmamada e retirada Dopamina sem alterações. Mobilizando-se no leito com ajuda com mais independência. Drenos torácicos em aspiração com drenagem pouco significativa. Ferida cirúrgica limpa e seca, mantida descoberta. Queimadura sacral com boa cicatrização protegida com hidrocolóide. Retirado cateter arterial sem intercorrências. Aceitando bem a dieta oferecida. Diurese espontânea em bom débito de cor amarela claro. Não evacuou no período.

<b>Problemas de Enfermagem</b>	<b>Necessidades Afetadas</b>	<b>Fenômenos de Enfermagem</b>
Taquipneica	Oxigenação	Troca de gases ineficaz
PO cardíaco	Cuidado Corporal	
Dificuldade para se mobilizar	Motilidade	Imobilidade parcial
Drenos pleurais	Motilidade	Imobilidade parcial
Queimadura sacral	Integridade cutâneo-mucosa	Tegumento interrompido
Não evacuou no período	Eliminação	Constipação

Data	Plano de Cuidados	Horário
5/08/00	01. Verificar ssvv 02. Manter: -cabeceira elevada - posicionamento da máscara de Venturi 03. Renovar: -nível de água do umidificador de O <sub>2</sub> -infusões venosas reajustando BIC -curativos avaliando cicatrização -eletrodos -selo d'água dos drenos 04. Realizar: -ECG 05. Auxiliar na: -mobilização no leito -higiene oral -banho no leito 06. Iniciar: -oferta de dieta registrando aceitação 07. Observar registrando: -padrão respiratório -alterações cardíacas -débito urinário 08. Fechar balanço cirúrgico	08 : 12 : 16 : 20 : 24 : 04  <input type="checkbox"/> Nas 24h ! M ( ) ( ) ( ) M ( ) s.n  05 M ( ) MM TT NN 12 18 : 06 M ( ) 08 : 10 : 12 : 15 : 18 : 21 M ( ) T ( ) N ( ) M ( ) T ( ) N ( ) M ( ) T ( ) N ( ) 12 : 18 : 06

• Quarto Pós-Operatório (4º PO)

<b>Data</b>	<b>Hora</b>	<b>Evolução de Enfermagem</b>
06/08/00	09:35	Consciente, orientada, ansiosa, queixosa pela permanência na UTI. Taquipneica, com suporte de O <sub>2</sub> por máscara de Venturi. Apresentando ritmo cardíaco regular ao monitor cardíaco. Normotensa, fazendo desmame de Dobutamina. Retirado acesso venoso periférico. Acesso central infundindo HV+KCl. Queimadura sacral apresentando formação de tecido de granulação. Drenos torácicos retirados pelo cirurgião. Aceitando mobilização no leito e dieta branda oferecida. Queixando-se de dores generalizadas pelo corpo pela dificuldade se mobilizar. Diurese espontânea em bom débito de cor amarelo claro. Relata expelir flatos sem evacuar desde a cirurgia.

<b>Problemas de Enfermagem</b>	<b>Necessidades Afetadas</b>	<b>Fenômenos de Enfermagem</b>
Taquipneica	Oxigenação	Intolerância à atividade
PO cardíaco	Cuidado Corporal	
Queimadura sacral	Integridade cutâneo-mucosa	Tegumento interrompido
Dificuldade para se mobilizar	Motilidade	Mobilidade parcial
Não evacuou no período	Eliminação	Constipação

Data	Plano de Cuidados	Horário
06/08/00	01. Verificar ssvv 02. Manter: -cabeceira elevada -máscara de Venturi posicionada 03. Auxiliar no(a): -mobilização no leito -banho no leito -higiene oral 04. Renovar nível de água no umidificador de O <sub>2</sub> 05. Realizar ECG 06. Oferecer dieta registrando aceitação 07. Observar registrando: -padrão respiratório -alterações cardíacas -queixas algicas -débito urinário 08. Avaliar junto ao plantonista a possibilidade de transferência para a enfermaria 09. Fechar balanço cirúrgico	08 : 12 : 16 : 20 : 24 : 04 Atenção ! MMM TTT NNN M ( ) 12 : 18 : 06 M ( ) M ( ) 08 : 10 : 12 : 15 : 18 : 21 M ( ) T ( ) N ( ) M ( ) T ( ) N ( ) M ( ) T ( ) N ( ) M ( ) T ( ) N ( ) M ( ) 12 : 18 : 06

## Caso 02

### • Pós-Operatório Imediato (POI)

#### Histórico de Enfermagem

R.S.C, 65 anos, grupo sanguíneo A+, 62.100 Kg, sexo feminino. Admitida na CETI dia 07/08/00, proveniente do Centro Cirúrgico, onde foi submetida a Revascularização do miocárdio. Intubada, ventilada porambu. Hemodinamicamente estável, normotensa, hipotérmica. Cateter arterial no MSE. Acesso venoso central por subclávia direita e acesso periférico no MSE infundindo Dobutamina e HV+KCl. Sob narcose, ausência de movimentos reflexos. Presença de sangramento nasal ocasionado pela retirada do termômetro nasofaríngeo posicionado durante o ato cirúrgico. Sialorréia em significativa quantidade nas proximidades do TOT. Sonda orogástrica aberta para drenagem sem apresentar resíduo gástrico. Ferida cirúrgica protegida por curativo compressivo preservado. Instalado respirador mecânico no modo assisto-controlado, monitorização cardíaca e oximetria de pulso, revelando ritmo cardíaco regular e boa saturação de O<sub>2</sub>. Dreno mediastínico em aspiração por vácuo, apresentando sangramento controlado. Diurese controlada por SVD em bom débito de cor amarelo claro.

<b>Problemas de Enfermagem</b>	<b>Necessidades Afetadas</b>	<b>Fenômenos de Enfermagem</b>
Intubada	Oxigenação	Limpeza ineficaz das vias aéreas
Ventilação mecânica	Oxigenação	Ventilação
Hipotérmica	Regulação térmica	Hipotermia
Do cardíaco	Cuidado Corporal	
Paralaxe	Motilidade	Imobilidade completa
Obstrução nasal	Integridade cutâneo-mucosa	Tegumento interrompido
Diarréia	Cuidado corporal	
NG	Eliminação	
Uso de dreno mediastínico	Regulação Vascular	
Uso de drogas	Terapêutica	
Uso de SVD	Eliminação	



Data	Plano de Cuidados	Horário
7/08/00	01. Verificar ssvv realizando balanço cirúrgico	Horário !!
	02. Aspirar secreções do TOT realizando <i>toilet</i>	s.n.
	03. Repor água no umidificador do BIRD	18 : 24 : 06
	04. Manter: -cabeceira elevada -aquecida até estabilizar TC -dreno e cateteres pérvios	Atenção !!
	05. Mobilizar no leito avaliando integridade da pele	05
	06. Realizar: -ECG	T ( )
	-higiene nasal / oral	T ( )
	07. Renovar: -infusões venosas reajustando BIC	( ) ( )
	-selo d'água do dreno mediastínico	05
	08. Observar avaliando: -nível de consciência	T ( ) N ( )
	-funcionamento do BIRD	T ( ) N ( )
	-alterações cardíacas	T ( ) N ( )
	-queixas algícas	T ( ) N ( )
	-débito urinário	T ( ) N ( )
	09. Instalar hemotransfusão observando cuidados básicos	Atenção !!
	10. Fechar balanço cirúrgico	06

• Primeiro Pós-Operatório (1º PO)

Data	Hora	Evolução de Enfermagem
8/08/00	08:00	Consciente, orientada, ansiosa. Intubada, sob ventilação mecânica no modo CPAP com VC = 480, FiO <sub>2</sub> = 40%, saturando 95%. Em monitorização cardíaca apresentando RCR, mantendo nível pressórico. Cateter arterial pérvio no MSE. Acesso venoso central e periférico, infundindo Dopamina, Dobutamina e HV+KCl. Hemotransfundida com 02U de concentrado de hemácias e 02U de plasma fresco congelado. SNG aberta para drenagem, apresentando reduzida quantidade de resíduo gástrico. Ferida cirúrgica com pontos sangrantes. Dreno mediastínico em aspiração a vácuo com drenagem significativa. Diurese controlada por SVD em bom débito de cor amarelo claro.

Problemas de Enfermagem	Necessidades Afetadas	Fenômenos de Enfermagem
Intubada	Oxigenação	Limpeza ineficaz das vias aéreas
Ventilação Mecânica	Oxigenação	Ventilação
Risco cardíaco	Cuidado Corporal	
Hemotransfundida	Regulação Vascular	
Risco de SNG	Eliminação	Retenção de líquidos
Lesão cirúrgica	Integridade cutâneo-mucosa	Ferida cirúrgica
Risco de dreno mediastínico	Regulação Vascular	
Risco de SVD	Eliminação	

Data	Plano de Cuidados	Horário
8/08/00	01. Verificar sinais vitais realizando balanço cirúrgico	08:10:12:14:16:18:20:24:04
	02. Avaliar junto à fisioterapeuta e plantonista a possibilidade de extubação	M ( )
	03. Realizar: -ECG	M ( )
	-banho no leito avaliando integridade da pele	M ( )
	-higiene oral	12 : 18 : 06
	-mobilização no leito	MM TT NN
	04. Manter cabeceira elevada	Atenção !!
	05. Retirar SNG	M ( )
	06. Renovar: -curativos avaliando cicatrização	M ( )
	-eletrodos	s.n
	-selo água do dreno mediastínico	05
	07. Observar avaliando: -alterações cardíacas	M ( ) T ( ) N ( )
	-queixas algícas	M ( ) T ( ) N ( )
	-débito urinário	M ( ) T ( ) N ( )
	08. Instalar hemotransfusão observando cuidados básicos	s.n
	09. Fechar balanço cirúrgico	12 : 18 : 06

• Segundo Pós-Operatório (2° PO)

<b>Data</b>	<b>Hora</b>	<b>Evolução de Enfermagem</b>
11/08/00	07:40	Consciente, orientada, cooperativa. Dispneica, com suporte de O <sub>2</sub> por cateter nasal. Mobilizando-se no leito com ajuda. Em monitorização cardíaca com RCR. Normotensa. Cateter arterial pérvio. Acesso venoso central e periférico, mantendo infusão de Dopa, Dobuta e HV+KCl. Abdômem distendido com som timpânico. Passado SNG para drenagem, presença de resíduo gástrico escurecido de 280 ml/12 h. Iniciada dieta líquida por VO com boa aceitação. Ferida cirúrgica, apresentando pontos sangrantes. Dreno mediastínico, evoluindo com redução na drenagem. Diurese reduzida por SVD, iniciado soro albuminado com boa resposta. Não evacuou no período.

<b>Problemas de Enfermagem</b>	<b>Necessidades Afetadas</b>	<b>Fenômenos de Enfermagem</b>
Desconforto respiratório	Oxigenação	Dispneia
Mobilizando-se com ajuda	Motilidade	Fadiga
Uso de SNG	Eliminação	Retenção de líquidos
Risco cardíaco	Cuidado Corporal	
Uso de dreno mediastínico	Motilidade	Mobilidade parcial
Lesão cirúrgica sangrante	Integridade cutâneo-mucosa	Ferida cirúrgica
Uso de SVD	Eliminação	

Data	Plano de Cuidados	Horário
07/08/00	01. Verificar ssvv 02. Manter: -cabeceira elevada 03. renovar: -nível de água no umidificador de O <sub>2</sub> -cateter nasal alternando narina -curativos avaliando cicatrização -eletrodos 04. Auxiliar no(a): -banho no leito -higiene oral -mobilização no leito 05. Realizar ECG 06. Oferecer dieta registrando aceitação 07. Avaliar junto ao plantonista: -a retirada da SNG -a retirada do dreno mediastínico 08. Observar avaliando: -padrão respiratório -alterações cardíacas -queixas algicas -débito urinário 09. Fechar balanço cirúrgico	08 : 12 : 16 : 20 : 24 : 04 Atenção !! M ( ) M ( ) M ( ) s.n M ( ) 12 : 18 : 06 MMM TTT NNN M ( ) 08 : 10 : 12 : 15 : 18 : 21 M ( ) M ( ) M ( ) T ( ) N ( ) M ( ) T ( ) N ( ) M ( ) T ( ) N ( ) M ( ) T ( ) N ( ) 12 : 18 : 06

• Terceiro Pós-Operatório (3º PO)

<b>Data</b>	<b>Hora</b>	<b>Evolução de Enfermagem</b>
1/08/00	08:15	Consciente, orientada, ansiosa para retornar à enfermaria de origem. Dispneica, com suporte de O <sub>2</sub> por máscara de Venturi. Apresentando RCR ao monitor cardíaco, algo taquicárdica. Fazendo desmame de Dopamina e Dobutamina. Retirado cateter arterial, acesso venoso periférico e dreno mediastínico sem intercorrências. Ferida cirúrgica com moderada quantidade de secreção serossanguinolenta. Mobilizando-se no leito com ajuda. Aceitando bem a dieta oferecida. Iniciado desmame da SVD, diurese clara em bom débito. Não evacuou no período.

<b>Problemas de Enfermagem</b>	<b>Necessidades Afetadas</b>	<b>Fenômenos de Enfermagem</b>
desconforto respiratório	Oxigenação	Dispneia
taquicárdica	Regulação Vascular	Debito cardíaco aumentado
O cardíaco	Cuidado Corporal	
secreção serossanguinolenta	Integridade cutâneo-mucosa	Ferida cirúrgica
mobilizando-se com ajuda	Motilidade	Intolerância à atividade
não evacuou no período	Eliminação	Constipação

Data	Plano de Cuidados	Horário
0/08/00	01. Verificar sinais vitais 02. Manter: -cabeceira elevada -posicionamento da máscara de Venturi 03. Estimular: -tosse e expectoração -ingesta hídrica 04. Auxiliar no(a): -banho no leito -mobilização no leito -higiene oral 05. Renovar: -nível de água no umidificador de O <sub>2</sub> -infusões venosas reajustando BIC -curativos avaliando cicatrização -eletrodos 06. Realizar ECG 07. Oferecer dieta laxativa registrando aceitação 08. Observar avaliando: -padrão respiratório -alterações cardíacas -queixas algícas -débito urinário 09. Iniciar exercício de SVD 10. Retirar SVD 11. Fechar balanço cirúrgico	08 : 12 : 16 : 20 : 24 : 04 / Atenção !! M ( ) Nas 24H!! M ( ) MMM TTT NNN 12 : 18 : 06 M ( ) ( ) ( ) M ( ) s.n M ( ) 08 : 10 : 12 : 15 : 18 : 21 M ( ) T ( ) N ( ) M ( ) T ( ) N ( ) M ( ) T ( ) N ( ) M ( ) T ( ) N ( ) M ( ) T ( ) 12 : 18 : 06



### Caso 03

#### • Pós-Operatório Imediato (POI)

##### Histórico de Enfermagem

P.M.N, 83 anos, sexo masculino, 70 Kg, grupo sanguíneo O+, admitido na CETI dia 4/08/00, proveniente do Centro Cirúrgico, onde foi submetido a Revascularização miocárdica. Intubado, normocárdico, hipertenso, hipotérmico. Mucosa oral ressecada. Cateter arterial no MSE. Acesso venoso central por subclávia D e acesso periférico no MSD. Mantendo nível pressórico por infusão de Nipride e Tridil, fazendo reposição de KCl junto a IV. Hemotransfundido com 01U de concentrado de hemácias. Sob narcose, sem resposta reflexa e motora. Pele íntegra e limpa. Ferida cirúrgica protegida por curativo compressivo. Drenos pleural e mediastínico em aspiração, apresentando drenagem controlada. Diurese presente por SVD em bom débito de cor amarelo claro. Instalado respirador mecânico no modo assisto-controlado, monitorização cardíaca e oximetria de pulso, revelando ritmo cardíaco regular sinusal e saturação de O<sub>2</sub> de 99%

<b>Problemas de Enfermagem</b>	<b>Necessidades Afetadas</b>	<b>Fenômenos de Enfermagem</b>
Intubado	Oxigenação	Limpeza ineficaz das vias aéreas
Ventilação mecânica	Oxigenação	Ventilação
Hipertenso	Regulação Vascular	Pressão sanguínea aumentada
Hipotérmico	Regulação térmica	Hipotermia
Uso de drogas inotrópicas	Terapêutica	Pressão sanguínea aumentada
Hemotransfundida	Regulação Vascular	
Drenos torácicos	Regulação Vascular	
Ausência de reflexos	Motilidade	Imobilidade completa
Mucosa ressecada	Hidratação	Boca seca
Uso de SVD	Eliminação	

Data	Plano de Cuidados	Horário
1/08/00	01. Verificar ssvv realizando balanço cirúrgico 02. Monitorizar: -funcionamento do BIRD -nível pressórico 03. Aspirar secreções do TOT realizando <i>toilet</i> 04. Repor nível de água no umidificador do BIRD 05. Realizar ECG 06. Mobilizar no leito avaliando integridade da pele 07. Manter: -cabeceira elevada -aquecido até estabilizar TC -mucosa oral umedecida 08. Renovar: -infusões venosas reajustando BIC -selo água dos drenos 09. Observar avaliando: -nível de consciência -alterações cardíacas -queixas algicas -débito urinário 10. Instalar hemotransfusão observando cuidados básicos 11. Fechar balanço cirúrgico	HORÁRIO !! > Atenção !! s.n 18 : 24 : 06 T ( ) 05 - Atenção !! ( ) ( ) 05 T ( ) N ( ) T ( ) N ( ) T ( ) N ( ) T ( ) N ( ) Atenção !! 06

• Primeiro Pós-Operatório (1º PO)

<b>Data</b>	<b>Hora</b>	<b>Evolução de Enfermagem</b>
5/08/00	09:20	Consciente, orientado, verbalizando pouco suas necessidades. Extubado sem intercorrências, eupneico, com suporte de O <sub>2</sub> por cateter nasal. Com RCR ao monitor cardíaco. Instalada PVC, detectando parâmetro normal. Mantendo nível pressórico com infusão de Tridil. Cateter arterial pérvio. Acesso central e periférico com infusão de Dopamina e reposição de KCl. Hemotransfundido com 01U de concentrado de hemácias. Mobilizando-se no leito com ajuda. Ferida cirúrgica com sangramento pouco significativo. Dreno pleural e mediastínico em aspiração simples com drenagem controlada. Diurese presente por SVD em bom débito de cor amarelo claro.

<b>Problemas de Enfermagem</b>	<b>Necessidades Afetadas</b>	<b>Fenômenos de Enfermagem</b>
Uso de droga inotrópica	Terapêutica	Pressão sanguínea aumentada
Hemotransfundido	Regulação Vascular	
PO cardíaco	Cuidado Corporal	
Incisão cirúrgica	Integridade cutâneo-mucosa	Ferida cirúrgica
Mobilizando-se com ajuda	Motilidade	Mobilidade parcial
Uso de dreno mediastínico e pleural	Regulação Vascular	
Uso de SVD	Eliminação	

Data	Plano de Cuidados	Horário
5/08/00	01. Verificar ssvv realizando balanço cirúrgico 02. Estimular tosse e expectoração 03. Renovar: -cateter de O <sub>2</sub> alternando narina -nível de água no umidificador de O <sub>2</sub> -curativos avaliando cicatrização -infusões venosas reajustando BIC -eletrodos -selo água dos drenos 04. Auxiliar no(a): -banho no leito -higiene oral -mobilização no leito 05. Realizar ECG 06. Oferecer dieta registrando aceitação 07. Observar avaliando: -nível de consciência -alterações cardíacas -queixas algicas -débito urinário 08. Fechar balanço cirúrgico	08:10:12:14:16:18:20:24:04 Nas 24 h !! M ( ) M ( ) M ( ) ( ) ( ) s.n 05 M ( ) 12 : 18 : 06 MM TT NN M ( ) 08 : 10 : 12 : 15 : 18 : 21 M ( ) T ( ) N ( ) M ( ) T ( ) N ( ) M ( ) T ( ) N ( ) M ( ) T ( ) N ( ) 12 : 18 : 06

• Segundo Pós-Operatório (2º PO)

<b>Data</b>	<b>Hora</b>	<b>Evolução de Enfermagem</b>
16/08/00	06:50	Consciente, orientado, cooperativo. Taquipneico, mantendo suporte de O <sub>2</sub> por cateter nasal. Evolui estável ao monitor cardíaco. Cateter arterial e acessos venosos pervios. Recebendo infusão contínua de Tridil, Dopamina e HV. Mobilizando-se no leito com ajuda. Aceitando parcialmente a dieta branda devido a queixas de náuseas seguidas de vômito. Ferida cirúrgica limpa e seca. Dreno pleural com drenagem reduzida, dreno mediastínico ainda drenando em quantidade significativa. Iniciado desmame de SVD, diurese presente em bom débito de cor amarelo claro. Não evacuou no período.

<b>Problemas de Enfermagem</b>	<b>Necessidades Afetadas</b>	<b>Fenômenos de Enfermagem</b>
Taquipneico	Oxigenação	Intolerância à atividade
Mobilizando-se com ajuda	Motilidade	Imobilidade parcial
Náuseas constantes	Eliminação	Vômito
PO cardíaco	Cuidado Corporal	
Dreno mediastínico e pleural	Motilidade	Imobilidade parcial
Ferida cirúrgica	Integridade cutâneo-mucosa	Ferida cirúrgica
Diurese por SVD	Eliminação	Incontinência urinária
Não evacuou no período	Eliminação	Constipação

Data	Plano de Cuidados	Horário
5/08/00	01. Verificar ssvv	08 : 12 : 16 : 20 : 24 : 04
	02. Manter cabeceira elevada	Atenção !!
	03. Estimular tosse e expectoração	Nas 24 h !!
	04. Auxiliar no(a): -mobilização no leito	MMM TTT NNN
	-banho no leito	M( )
	-higiene oral	12 : 18 : 06
	05. Renovar: -cateter de O <sub>2</sub> alternando narina	M( )
	-nível de água no umidificador de O <sub>2</sub>	M( )
	-infusões venosas reajustando BIC	( ) ( )
	-curativos avaliando cicatrização	M( )
	-eletrodos	s.n
	-selo d'água dos drenos	05
	06. Realizar ECG	M( )
	07. Oferecer dieta registrando aceitação	08 : 10 : 12 : 15 : 18 : 21
	08. Iniciar exercício de SVD	M( )
	09. Retirar SVD	T( )
	10. Observar avaliando: -alterações cardíacas	M( ) T( ) N( )
	-queixas algícas	M( ) T( ) N( )
	-débito urinário	M( ) T( ) N( )
	11. Fechar balanço cirúrgico	12 : 18 : 06

• Terceiro Pós-Operatório (3° PO)

<b>Data</b>	<b>Hora</b>	<b>Evolução de Enfermagem</b>
7/08/00	09:00	Consciente, orientado, pouco cooperativo. Taquipneico, mantendo suporte de O <sub>2</sub> por cateter nasal. Mobilizando-se no leito com mais independência. Evoluindo com RCR ao monitor. Retirado cateter arterial e acesso venoso periférico. Acesso venoso central em infusão de HV+KCl, desmamando Dopamina e Tridil. Ferida cirúrgica, drenando pouca quantidade de secreção serosa. Drenos torácicos com drenagem pouco significativa. Apresentou queixas de náuseas seguidas de êmese com melhora significativa após administração de antiemético. Aceitando bem a dieta branda. Diurese ainda mantida por SVD em desmame. Não evacuou no período.

<b>Problemas de Enfermagem</b>	<b>Necessidades Afetadas</b>	<b>Fenômenos de Enfermagem</b>
Taquipneico	Oxigenação	Perfusão tissular alterada
PO cardíaco	Cuidado Corporal	
Secreção serosa	Integridade cutâneo-mucosa	Ferida cirúrgica
Dreno mediastínico e pleural	Motilidade	Imobilidade parcial
Uso de SVD	Eliminação	Incontinência urinária

Data	Plano de Cuidados	Horário
7/08/00	01.Verificar ssvv	08 : 12 : 16 : 20 : 24 : 04
	02.Manter cabeceira elevada	Atenção !!
	03.Auxiliar no(a): -mobilização no leito	MMM TTT NNN
	-banho no leito	M ( )
	-higiene oral	12 : 18 : 06
	04.Estimular tosse e expectoração	Nas 24 h !!
	05.Renovar: -cateter de O <sub>2</sub> alternando narina	M ( )
	-nível de água no umidificador de O <sub>2</sub>	M ( )
	-curativos avaliando cicatrização	M ( )
	-infusões venosas reajustando BIC	( ) ( )
	-eletrodos	s.n
	-selo d'água dos drenos	05
	06.Oferecer dieta registrando aceitação	08 : 10 : 12 : 15 : 18 : 21
	07.Reforçar a ingesta de líquidos gelados	Nas 24 h !!
	08.Realizar ECG	M ( )
	09.Retirar SVD	M ( )
	10.Observar avaliando: -padrão respiratório	M ( ) T ( ) N ( )
	- alterações cardíacas	M ( ) T ( ) N ( )
	-queixas algicas	M ( ) T ( ) N ( )
	-débito urinário	M ( ) T ( ) N ( )
	11.Fechar balanço cirúrgico	12 : 18 : 06



• Quarto Pós-Operatório (4º PO)

<b>Data</b>	<b>Hora</b>	<b>Evolução de Enfermagem</b>
8/08/00	08:45	Consciente, orientado, pouco cooperativo, demonstrando dificuldades em se comunicar. Evolui taquipneico, mantendo suporte por O <sub>2</sub> nasal. Apresentando-se normocárdico ao monitor, fez pico hipertensivo isolado, medicado com Lasix vo. Iniciado Capoten e Monocordil VO. Acesso venoso central mantendo infusão de HV simples. Ferida cirúrgica mantida protegida em virtude da presença de secreção serosa. Dreno mediastínico sem drenagem, dreno pleural com drenagem reduzida. Recusando a dieta em razão de queixas de náuseas e vômito. Retirada da SVD suspensa em decorrência de administração de diuréticos.

<b>Problemas de Enfermagem</b>	<b>Necessidades Afetadas</b>	<b>Fenômenos de Enfermagem</b>
Taquipneico	Oxigenação	Perfusão tissular alterada
Pico hipertensivo	Circulação	Pressão sanguínea aumentada
PO cardíaco	Cuidado Corporal	
Secreção serosa	Integridade cutâneo-mucosa	Ferida cirúrgica
Dreno mediastínico e pleural	Motilidade	Imobilidade parcial
Náuseas	Eliminação	Vômito

Data	Plano de Cuidados	Horário
3/08/00	01. Verificar ssvv	08 : 12 : 16 : 20 : 24 : 04
	02. Manter cabeceira elevada	Atenção !!
	03. Auxiliar no(a): -mobilização no leito	MMM TTT NNN
	-banho no leito	M ( )
	-higiene oral	12 : 18 : 06
	04. Estimular tosse e expectoração	Nas 24 h !!
	05. Renovar: -cateter de O <sub>2</sub> alternando narina	M ( )
	-nível de água no umidificador de O <sub>2</sub>	M ( )
	-curativos avaliando cicatrização	M ( )
	-infusões venosas reajustando BIC	( ) ( )
	-eletrodos	s.n
	-selo água dos drenos	05
	06. Monitorizar níveis pressóricos intervindo para sua regularização	Nas 24 h !!
	07. Estimular a ingesta de alimentos leves	08 : 10 : 12 : 15 : 18 : 21
	08. Reforçar a ingesta de líquidos gelados	Nas 24 h !!
	09. Realizar ECG	M ( )
	10. Auxiliar no(a): -mobilização no leito	M ( )
	-banho no leito	M ( )
	-higiene oral	M ( )
	10. Avaliar junto ao plantonista a retirada do dreno mediastínico	M ( )
	11. Observar avaliando: -padrão respiratório	M ( ) T ( ) N ( )
	-alterações cardíacas	M ( ) T ( ) N ( )
	-queixas algicas	M ( ) T ( ) N ( )
	-débito urinário	M ( ) T ( ) N ( )
	12. Fechar balanço cirúrgico	12 : 18 : 06

## Caso 04

### • Pós-Operatório Imediato (P.O.I)

#### Histórico de Enfermagem

J.A.B, 64 anos, sexo masculino, grupo sanguíneo A+, 60 Kg, admitido na CETI dia 1/10/00, proveniente do Centro Cirúrgico, onde foi submetido a Revascularização miocárdica. Gravíssimo, intubado, ventilado por ambu, bradicárdico, normotenso, potérmico. Recebendo infusão de drogas inotrópicas e vasoativas (Dopamina, Dobutamina e noradrenalina) em alta vazão. Com cateter arterial no MSE, balão intra-aórtico no MID, acesso venoso periférico no MSE e acesso central por jugular D pérvios. Sob narcose, pupilas reativas não reagentes. Apresentando-se com imobilidade completa nos membros. Pele íntegra, com sujidade sanguínea pela boca, ouvidos e narinas. Instalado respirador mecânico no modo assisto-controlado. Ferida cirúrgica protegida por curativo compressivo. Dreno mediastínico em aspiração a vácuo, apresentando drenagem descontrolada de sangue. Instalada hemotransfusão com Crioprecipitado, plaquetas, concentrado de hemácias e plasma fresco congelado, na tentativa de conter sangramento e repor volemia. Diurese concentrada controlada por SVD com débito reduzido.

<b>Problemas de Enfermagem</b>	<b>Necessidade Afetada</b>	<b>Fenômenos de Enfermagem</b>
Intubado	Oxigenação	Limpeza ineficaz das vias aéreas
Ventilação mecânica	Oxigenação	Ventilação
Bradycardia	Regulação Vascular	Débito Cardíaco Diminuído
Hipotensão	Regulação Vascular	Pressão sanguínea diminuída
Hipotermia	Regulação Térmica	Hipotermia
Uso de drogas	Terapêutica	Débito Cardíaco Diminuído
Uso de balão intra-aórtico	Regulação Vascular	
Clotagem sanguínea	Cuidado Corporal	
Hemotransfusão	Regulação Vascular	Choque
Paralise anestésica	Motilidade	Imobilidade Completa
Uso de dreno mediastínico	Regulação Vascular	
Uso de SVD	Eliminação	Retenção de líquidos

<b>Data</b>	<b>Plano de Cuidados</b>	<b>Horário</b>
1/10/00	01. Verificar ssvv realizando balanço cirúrgico	Horário !!
	02. Observar registrando alterações no(na):	
	- função cardíaca	N ( )
	- níveis pressóricos	N ( )
	- drenagem mediastínica	N ( )
	- parâmetros registrados no BIA	N ( )
	- funcionamento do BIRD	N ( )
	- débito urinário	N ( )
	03. Aspirar secreções do TOT realizando <i>toilet</i>	s.n
	04. Renovar: - nível de água do umidificador do BIRD	24 : 04
	- fixação do TOT	s.n
	- infusões venosas reajustando BIC	( ) ( )
	- selo d'água do dreno mediastínico	ACE
	05. Realizar: - ECG	T ( )
	- higiene facial	T ( )
	06. Manter aquecido até estabilizar TC	Atenção !!
	07. Instalar hemoderivados observando cuidados básicos	Atenção !!
	08. Fechar balanço cirúrgico	06

Apesar do tratamento intensivo destinado a correção do choque hipovolêmico, através de reposição de hemoderivados e das demais intervenções acima traçadas, o sangramento progrediu resultando em agravamento da bradicardia, que não ofereceu resposta à implantação de marca-passo provisório. Acarretando ainda, desequilíbrio dos parâmetros gasométricos e eletrolíticos (acidose metabólica, hipercalemia e elevação de lactato). Sendo, portanto, constatado óbito por ruptura de ventrículo esquerdo, sem respostas às manobras de ressuscitação.

## Caso 05

### • Pós-Operatório Imediato (P.ºI)

#### Histórico de Enfermagem

A.M.M, 57 anos, sexo feminino, grupo sanguíneo O+, 45 Kg, admitida na CETI dia 16/11/00, proveniente do Centro Cirúrgico, onde foi submetida a Revascularização Miocárdica. Intubada, ventilada por ambu, Normocárdica, normotensa, hipotérmica. Cateter arterial no MSE e acessos venosos centrais no MID e MSE, e periférico no MSD pervios. Recebendo infusão de drogas inotrópicas e vasoativas (Dopamina, Dobutamina e Noradrenalina). Sob narcose, sialorréica, com equimose no flanco D. Sem mobilidade dos membros. Ferida cirúrgica protegida por curativo compressivo. Dreno mediastínico com drenagem controlada, conectado ao sistema de vácuo. Diurese controlada por SVD em bom débito de cor clara.

<b>Problemas de Enfermagem</b>	<b>Necessidades afetadas</b>	<b>Fenômenos de enfermagem</b>
Intubada	Oxigenação	Limpeza ineficaz das vias aéreas
Ventilação Mecânica	Oxigenação	Ventilação
Hipotérmica	Regulação Térmica	Hipotermia
Uso de drogas	Terapêutica	Débito Cardíaco Diminuído
Narcose	Motilidade	Imobilidade Completa
Sialorréia	Cuidado Corporal	
Uso de dreno mediastínico	Regulação Vascular	
Uso de SVD	Eliminação	

Data	Plano de Cuidados	Horário
6/11/00	01. Verificar ssvv realizando balanço cirúrgico	Horário !!
	02. Aspirar secreções do TOT realizando <i>toilet</i>	s.n
	03. Manter: -nível de água do umidificador do BIRD -cabeceira elevada	24 : 04 Atenção !!
	04. Observar registrando alterações no(na):	
	-funcionamento do BIRD	N ( )
	-função cardíaca	N ( )
	-níveis pressóricos	N ( )
	-nível de consciência	N ( )
	-débito urinário	N ( )
	05. Realizar ECG	T ( )
	06. Renovar: -infusões venosas reajustando BIC -selo água do dreno mediastínico	( ) ( ) 05
	07. Manter aquecida até estabilizar TC	Atenção !!
	08. Fechar balanço cirúrgico	06

• Primeiro Pós-Operatório (1ºP.O)

<b>Data</b>	<b>Hora</b>	<b>Evolução de Enfermagem</b>
7/11/00	07:30	1ºP.O de Revascularização do Miocárdio. Consciente, orientada, cooperativa. Extubada sem intercorrências, taquipneica, com suporte de O <sub>2</sub> por cateter nasal. Normocárdica, normotensa, afebril. Acessos venosos e cateter arterial pérvios. Recebendo infusão de HV, Dopamina, Dobutamina e Noradrenalina. Ferida cirúrgica com pontos sangrantes. Dreno mediastínico com drenagem controlada. Refere dor incisional moderada ao se mobilizar no leito. Diurese por SVD com débito corrigido por diurético com boa resposta.

<b>Problemas de Enfermagem</b>	<b>Necessidades afetadas</b>	<b>Fenômenos de enfermagem</b>
Taquipneica	Oxigenação	Intolerância à Atividade
P.O cardíaco	Cuidado Corporal	
Uso de drogas	Terapêutica	Débito Cardíaco Diminuído
Pontos sangrantes	Integridade Cutâneo-Mucosa	Ferida Cirúrgica
Uso de dreno mediastínico	Motilidade	
Dificuldade para se mobilizar	Percepção Dolorosa	
Uso de SVD	Eliminação	



Data	Plano de Cuidados	Horário
11/00	01. Verificar ssvv realizando balanço cirúrgico 02. Manter: -cabeceira elevada -oxigenoterapia por cateter nasal -nível de água no umidificador de O <sub>2</sub> 03. Estimular tosse e expectoração 04. Auxiliar no(na): -mobilização no leito -banho no leito -higiene oral 05. Realizar ECG 06. Renovar: -curativos registrando características -eletrodos -infusões venosas reajustando BIC -selo d'água do dreno mediastínico 07. Iniciar oferta líquida fracionada 08. Oferecer dieta registrando aceitação 09. Observar registrando alterações no(na): -padrão respiratório -função cardíaca / pressórica -queixas álgicas -débito urinário 10. Fechar balanço cirúrgico	08:10:12:14:16:18:20:24:04  > Atenção !!  Nas 24 h !! MM TT NN M ( ) 12 : 18 : 06  M ( ) M ( ) s.n. ( ) ( ) 05 12 15 : 18 : 21  M ( ) T ( ) N ( ) M ( ) T ( ) N ( ) M ( ) T ( ) N ( ) M ( ) T ( ) N ( ) 12 : 18 : 06

• Segundo Pós-Operatório (2° P.O)

<b>Data</b>	<b>Hora</b>	<b>Evolução de Enfermagem</b>
3/11/00	08:00	2° PO de Revascularização Miocárdica. Consciente, orientada, verbalizando suas necessidades. Algo taquipneica, mantida sem suporte de O <sub>2</sub> . Apresentando ritmo cardíaco regular ao monitor. Retirado acesso venoso periférico do MSD. Acessos centrais mantendo infusão de HV, Dopamina e Dobutamina. Cateter arterial pervio, registrando bom padrão pressórico. Ferida cirúrgica com pontos sangrantes em pouca quantidade. Refere dor incisional de moderada intensidade. Dreno mediastínico com débito reduzido. Aceitando bem a dieta branda oferecida. Diurese por SVD em bom débito de cor amarelo claro.

<b>Problemas de Enfermagem</b>	<b>Necessidades Afetadas</b>	<b>Fenômenos de Enfermagem</b>
uso de drogas	Terapêutica	
lesão cirúrgica sangrante	Integridade Cutâneo-Mucosa	Ferida Cirúrgica
risco cardíaco	Cuidado Corporal	
dificuldade para se mobilizar	Motilidade	Imobilidade parcial
risco de dreno mediastínico	Motilidade	Imobilidade Parcial
risco de SVD	Eliminação	

Data	Plano de Cuidados	Horário
'11/00	01.Realizar ssvv realizando balanço cirúrgico	08 : 12 : 16 20 : 24 : 04
	02.Manter cabeceira elevada	Atenção !!
	03.Estimular tosse e expectoração	Nas 24 h !!
	04.Auxiliar no(na): -mobilização no leito	MMM TTT NNN
	-banho no leito	M ( )
	-higiene oral	12 : 18 : 06
	05.Realizar ECG	M ( )
	06.Renovar: -curativos avaliando características	M ( )
	-eletrodos	s.n.
	-infusões venosas reajustando BIC	( ) ( )
	07.Oferecer dieta registrando aceitação	08 : 10 : 12 : 15 : 18 : 21
	08.Avaliar junto ao plantonista a retirada do:	
	-dreno mediastínico	M ( )
	-cateter arterial	M ( )
	-acesso venoso central do MID	M ( )
	09.Iniciar exercício de SVD	T ( )
	10.Retirar SVD	N ( )
	11.Observar registrando alterações no(na):	
	-padrão respiratório	M ( ) T ( ) N ( )
	-função cardíaca / nível pressórico	M ( ) T ( ) N ( )
	-queixas álgicas	M ( ) T ( ) N ( )
	-débito urinário	M ( ) T ( ) N ( )
	12.Fechar balanço cirúrgico	12 : 18 : 06

• Terceiro Pós-Operatório (3° P.O)

Data	Hora	Evolução de Enfermagem
1/11/00	09:00	3° P.O de Revascularização Miocárdica. Consciente, orientada, cooperativa. Taquipneica, retornando ao suporte de O <sub>2</sub> por cateter nasal. Mobilizando-se no leito com independência. Hemodinamicamente estável. Desmamou Dopamina e Dobutamina sem intercorrências. Retirado acesso venoso central do MID e cateter arterial do MSE. Mantendo infusão de HV no MSE. Ferida cirúrgica limpa e seca em processo de cicatrização por primeira intenção. Aceitando bem a dieta hipossódica oferecida. Retirada SVD, diurese espontânea em bom débito.


## Caso 06

### ● Pós-Operatório Imediato (POI)

#### Histórico de Enfermagem

F.A.A.S, 45 anos, sexo masculino, grupo sanguíneo A+, 63 Kg, admitido na ETI dia 09/11/00, proveniente do Centro Cirúrgico, onde foi submetido a Revascularização miocárdica. Intubado, ventilado por ambu. Normocárdico, normotenso, hipotérmico. Revelando hiponatremia e hiperpotassemia à gasometria arterial. Acesso venoso central no ISE e acesso periférico no MSD, com infusão de Dopamina e HV. Cateter arterial no MSE útero. Sob narcose. Instalado respirador mecânico no modo assisto-controlado. Pele íntegra, sem sujidade, extremidades periféricas frias e malperfundidas. Sem mobilidade nos membros. Ferida cirúrgica protegida por curativo compressivo. Dreno mediastínico com drenagem controlada posto em aspiração a vácuo. Diurese controlada por SVD em bom débito de cor amarelo claro.

Problemas de Enfermagem	Necessidades Afetadas	Fenômenos de Enfermagem
Intubado	Oxigenação	Limpeza ineficaz das vias aéreas
Ventilação mecânica	Oxigenação	Ventilação
Narcose	Motilidade	Imobilidade Completa
Hipotermia	Regulação Térmica	Hipotermia
Hiponatremia	Reg. Eletrolítica	
Hiperpotassemia	Reg. Eletrolítica	
Uso de drogas	Terapêutica	Débito Cardíaco Diminuído
Uso de dreno mediastínico	Regulação vascular	
Extremidades malperfundidas	Regulação Vascular	Perfusão Tissular Alterada
Uso de SVD	Eliminação	

Data	Plano de Cuidados	Horário
11/00	01. Verificar ssvv realizando balanço cirúrgico	Horário !!!
	02. Aspirar secreções do TOT realizando <i>toilet</i>	s.n.
	03. Renovar nível de água do umidificador do BIRD	24 : 04
	04. Observar registrando alterações no(na):	
	-funcionamento do BIRD	N ( )
	-função cardíaca / nível pressórico	N ( )
	-nível de consciência	N ( )
	-débito urinário	N ( )
	05. Manter: -cabeceira elevada	
	-aquecido até estabilizar TC	 Atenção !!
	06. Renovar: -infusões venosas reajustando BIC	( ) ( )
	-selo d'água do dreno mediastínico	05
	07. Avaliar funcionamento dos acessos venosos	Nas 24 h !!
	08. Fechar balanço cirúrgico	06

• Primeiro Pós-Operatório (1º PO)

ta	Hora	Evolução de Enfermagem
1/00	10:00	1º PO de Revascularização do Miocárdio. Consciente, orientado, cooperativo. Intubado, sob ventilação mecânica no modo CPAP. Murmúrio vesicular limpo à ausculta pulmonar, com previsão de extubação. Revelando ritmo cardíaco regular ao monitor. Normocárdico, hipotenso. Cateter arterial e acessos venosos pérvios. Fazendo uso de IIV+KCl e Dopamina. Apresentou episódio de êmese durante a mobilização no leito. Ferida cirúrgica, apresentando pontos sangrantes em moderada quantidade. Dreno mediastínico com drenagem reduzida. Diurese por SVD em bom débito de cor amarelo clara e odor característico.

Problemas de Enfermagem	Necessidades Afetadas	Fenômenos de Enfermagem
Intubado	Oxigenação	Limpeza ineficaz das vias aéreas
Ventilação mecânica	Oxigenação	Ventilação
Hipotenso	Regulação Vascular	Pressão Sanguínea Diminuída
Uso de drogas	Terapêutica	Débito Cardíaco Diminuído
Ferida cirúrgica sangrante	Integridade Cutâneo-Mucosa	Ferida Cirúrgica
Cuidado cardíaco	Cuidado Corporal	
Dreno mediastínico	Motilidade	Imobilidade Parcial
Dreno de SVD	Eliminação	

Data	Plano de Cuidados	Horário
10/11/00	01. Verificar ssvv realizando balanço cirúrgico 02. Aspirar secreções do TOT realizando <i>toilet</i> 03. Manter: -cabeceira elevada -nível de água do umidificador do BIRD 04. Avaliar junto ao plantonista e fisioterapeuta a possibilidade de extubação 05. Realizar: -banho no leito -higiene oral -mobilização no leito -ECG 06. Renovar: -curativos avaliando características -eletrodos -infusões venosas reajustando BIC -selo água do dreno mediastínico 07. Observar registrando alterações no(na): -padrão respiratório -função cardíaca / nível pressórico -débito urinário 08. Manter jejum por seis horas após extubação 09. Iniciar oferta líquida fracionada 10. Oferecer dieta registrando aceitação 11. Iniciar exercício de SVD 12. Retirar SVD 13. Fechar balanço cirúrgico	Horário !! s.n. Atenção !! 24 : 04  M ( ) M ( ) 12 : 18 : 06 MM TT NN M ( ) M ( ) s.n. ( ) ( ) 05  M ( ) T ( ) N ( ) M ( ) T ( ) N ( ) M ( ) T ( ) N ( ) Atenção !! T ( ) N ( ) T ( ) N ( ) 12 : 18 : 06



• Segundo Pós-Operatório (2ºPO)

<b>Data</b>	<b>Hora</b>	<b>Evolução de Enfermagem</b>
11/11/00	08:30	2º PO de revascularização Miocárdica. Consciente, orientado, tenso. Eupneico, taquicárdico, normotenso. Em monitorização cardíaca com ritmo cardíaco regular. Acessos venosos pèrvios. Iniciada infusão de Dobutamina, mantida HV e desmamada Dopamina. Cateter arterial fechado para ser retirado. Dreno mediastínico sem drenagem por mais de doze horas. Ferida cirúrgica limpa e seca, cicatrizando por primeira intenção. Aceitando bem a dieta branda. Apresentando mais independência à mobilização no leito. Diurese espontânea em bom débito de cor amarelo clara e odor característico.

<b>Problemas de Enfermagem</b>	<b>Necessidades Afetadas</b>	<b>Fenômenos de Enfermagem</b>
Uso de drogas	Terapêutica	
Uso de dreno mediastínico	Motilidade	
PO cardíaco	Cuidado Corporal	



• Terceiro Pós-Operatório (3º PO)

Data	Hora	Evolução de Enfermagem
12/11/00	11:00	<p>3º PO de Revascularização do Miocárdio. Consciente, orientado, verbalizando suas necessidades. Taquipneico, retornou ao suporte de O<sub>2</sub> por cateter nasal. Apresentando expectoração brônquica em pouca quantidade. Ausculta pulmonar, revelando murmúrio limpo. Apresentou na tarde anterior episódio de extra-sístole atrial isolada, detectado ao monitor cardíaco, sugestivo de cardiopatia chagásica dilatada, sendo corrigido com sucesso pelo emprego de terapêutica antiarrítmica. Ferida cirúrgica limpa e seca, mantida descoberta. Retirado dreno mediastínico sem intercorrências. Mobilizando-se no leito com maior independência. Aceitando bem a dieta hipossódica oferecida. Diurese espontânea em bom débito de cor amarelo clara.</p>

## Caso 07

### • Pós-Operatório Imediato (POI)

#### Histórico de Enfermagem

J.M.S, 73 anos, sexo masculino, grupo sanguíneo O+, 76 Kg, admitido na CETI dia 17/11/00, proveniente do Centro Cirúrgico, onde foi submetido a Revascularização Miocárdica. Intubado, ventilado por ambu. Normocárdico, normotenso, hipotérmico. Com cateter arterial funcionando no MSE. Acesso venoso central por subclávia D e acesso periférico no MSD, recebendo infusão de Dopamina, Dobutamina e Tridil. Sob narcose, pupilas isocóricas fotorreagentes. Apresentando imobilidade completa dos quatro membros. Extremidades periféricas frias e malperfundidas. Pele íntegra e limpa. Ferida cirúrgica protegida por curativo compressivo. Dreno mediastínico com drenagem controlada por sistema de vácuo. Diurese controlada por SVD com débito reduzido em virtude de sua obstrução, revelando bexigoma à palpação. Instalado respirador mecânico no modo assisto-controlado, monitorização cardíaca e oximetria de pulso. Colhida gasometria arterial, revelando baixo PO<sub>2</sub>.


<b>Problemas de Enfermagem</b>	<b>Necessidades Afetadas</b>	<b>Fenômenos de Enfermagem</b>
Ventilação Mecânica	Oxigenação	Ventilação
Intubada	Oxigenação	Limpeza ineficaz das vias aéreas
Hipotérmico	Regulação Térmica	Hipotermia
Uso de drogas	Terapêutica	
Narcole	Motilidade	Imobilidade Completa
Uso de dreno mediastínico	Regulação Vascular	
Bexigoma	Eliminação	Retenção urinária
Baixo PO <sub>2</sub>	Oxigenação	Troca de gases ineficaz
SVD	Eliminação	

Data	Plano de Cuidados	Horário
17/11/00	01. Verificar ssvv realizando balanço cirúrgico 02. Aspirar secreções do TOT realizando <i>toilet</i> 03. Repor nível de água no umidificador do BIRD 04. Manter: - cabeceira elevada - aquecido até estabilizar TC 05. Observar registrando alterações no(na): -nível de consciência -funcionamento do BIRD -função cardíaca / nível pressórico -débito urinário 06. Realizar ECG 07. Retirar SVD obstruída 08. Repassar SVD 09. Renovar selo d'água do dreno mediastínico 10. Fechar balanço cirúrgico	Horário !! s.n. 24 : 04 / Atenção !! N ( ) N ( ) N ( ) N ( ) T ( ) T ( ) T ( ) 05 06

• Primeiro Pós-Operatório (1º PO)

Data	Hora	Evolução de Enfermagem
18/11/00	11:50	<p>1º PO de revascularização Miocárdica. Consciente, orientado, verbalizando suas necessidades. Extubado sem intercorrências, eupneico, com suporte de O<sub>2</sub> por cateter nasal. Em monitorização cardíaca com RCR. Acessos venosos e cateter arterial pérvios. Desmamada Dobutamina. Recebendo infusão de Dopamina, Tridil e HV+KCl. Ferida cirúrgica, drenando moderada quantidade de secreção sanguinolenta. Dreno mediastínico com drenagem controlada. Aceitando a dieta líquida oferecida. Diurese por SVD com débito concentrado, reduzido no último horário.</p>

Problemas de Enfermagem	Necessidades Afetadas	Fenômenos de Enfermagem
Uso de drogas	Terapêutica	
PO cardíaco	Cuidado Corporal	
Secreção sanguinolenta	Integridade cutâneo-mucosa	Ferida Cirúrgica
Uso de dreno mediastínico	Motilidade	Imobilidade Parcial
Diurese reduzida	Eliminação	Retenção Urinária


Data	Plano de Cuidados	Horário
18/11/00	01. Verificar ssvv realizando balanço cirúrgico 02. Manter: -cabeceira elevada -cateter de O <sub>2</sub> -nível de água no umidificador de O <sub>2</sub> 03. Realizar ECG 04. Auxiliar no (na): -banho no leito -higiene oral -mobilização no leito 05. Renovar: -curativos avaliando cicatrização -eletrodos -infusões venosas reajustando BIC -renovar selo d'água do dreno mediastínico 06. Oferecer dieta registrando aceitação 07. Avaliar permeabilidade da SVD 08. Avaliar registrando alterações no(na): -padrão respiratório -função cardíaca / nível pressórico -débito urinário 09. Fechar balanço cirúrgico	08:10:12:14:16:18:20:24:04   M ( ) M ( ) 12 : 18 : 06 MMM TTT NNN M ( )  s.n. ( ) ( ) ( ) 05 08 : 10 : 12 : 15 : 18 : 21 Nas 24 h !!  M ( ) T ( ) N ( ) M ( ) T ( ) N ( ) M ( ) T ( ) N ( ) 12 : 18 : 06

• Segundo Pós-Operatório (2º PO)

<b>Data</b>	<b>Hora</b>	<b>Evolução de Enfermagem</b>
19/11/00	13:00	2º PO de revascularização do Miocárdio. Consciente, desorientado, pouco cooperativo. Mantido com contenção de punho. Eupneico, com suporte de O <sub>2</sub> por cânula nasal. Evoluindo com RCR ao monitor cardíaco. Cateter arterial e acessos venosos p <sup>er</sup> vios. Fazendo desmame de Dopamina e Tridil. Recebendo infusão de HV+KCl. Ferida cirúrgica limpa e seca. Dreno mediastínico com drenagem reduzida. Recusando a dieta branda oferecida. Repassada nova SVD em virtude de obstrução da anterior, diurese hematórica com débito regular.

<b>Problemas de Enfermagem</b>	<b>Necessidades Afetadas</b>	<b>Fenômenos de Enfermagem</b>
Contenção no leito	Motilidade	Imobilidade parcial
PO cardíaco	Cuidado Corporal	
Uso de dreno mediastínico	Motilidade	Imobilidade Parcial
Recusando dieta	Nutrição	Déficit Nutricional
Obstrução da SVD	Regulação Imunológica	
Diurese hematórica	Eliminação	




Data	Plano de Cuidados	Horário
19/11/00	01. Verificar ssvv realizando balanço cirúrgico 02. Manter: -cabeceira elevada -cateter de oxigênio -nível de água no umidificador de O <sub>2</sub> 03. Realizar ECG 04. Auxiliar no (na): -banho no leito -higiene oral -mobilização no leito 05. Renovar: -curativos avaliando cicatrização -eletrodos -infusões venosas reajustando BIC 06. Oferecer dieta registrando aceitação 07. Avaliar junto ao plantonista a retirada do dreno mediastínico e de cateter arterial 08. Avaliar registrando alterações no(na): -nível de consciência / orientação -padrão respiratório -função cardíaca / nível pressórico -débito urinário 09. Fechar balanço cirúrgico	08 : 12 : 16 : 20 : 24 : 04   Atenção !!  M ( ) M ( ) 12 : 18 : 06 MMM TTT NNN M ( ) s.n. ( ) ( ) ( ) 08 : 10 : 12 : 15 : 18 : 21  M ( )  M ( ) T ( ) N ( ) M ( ) T ( ) N ( ) M ( ) T ( ) N ( ) M ( ) T ( ) N ( ) 12 : 18 : 06

• Terceiro Pós-Operatório (3º PO)

Data	Hora	Evolução de Enfermagem
20/11/00	07:00	<p>3º PO de revascularização do Miocárdio. Consciente, com momentos de desorientação, pouco cooperativo. Eupneico, com suporte de O<sub>2</sub> por cânula nasal. Expectorando grande quantidade de secreção traqueobrônquica durante as manobras de fisioterapia. Hemodinamicamente estável. Acesso venoso central, mantendo infusão de HV+KCl. Retirado acesso venoso periférico do MSD, cateter arterial e dreno mediastínico sem intercorrências. Mobilizando-se no leito com independência, alternando permanência na poltrona. Ferida cirúrgica limpa e seca mantida descoberta. Aceitando bem a dieta líquido-pastosa. Iniciada irrigação vesical contínua, diurese hematúrica com débito regular.</p>


Problemas de Enfermagem	Necessidades Afetadas	Fenômenos de Enfermagem
Irrigação vesical	Eliminação	Retenção Urinária
PO cardíaco	Cuidado Corporal	
Hematúria	Eliminação	

Data	Plano de Cuidados	Horário
20/11/00	01. Verificar ssvv realizando balanço cirúrgico 02. Manter: -cabeceira elevada - posicionamento da cânula nasal -nível de água no umidificador de O <sub>2</sub> 03. Realizar ECG 04. Auxiliar no (na): -banho no leito -higiene oral -mobilização no leito 05. Renovar: -curativos avaliando cicatrização -eletrodos -infusões venosas reajustando BIC 06. Oferecer dieta registrando aceitação 07. Manter irrigação vesical avaliando resultados 08. Avaliar registrando alterações no(na): -nível de consciência / orientação -padrão respiratório -função cardíaca / nível pressórico -débito urinário 09. Fechar balanço cirúrgico	08 : 12 : 16 : 20 : 24 : 04   Atenção !!  M ( ) M ( ) 12 : 18 : 06 MMM TTT NNN M ( ) s.n. ( ) ( ) ( ) 08 : 10 : 12 : 15 : 18 : 21 Nas 24 h !!  M ( ) T ( ) N ( ) M ( ) T ( ) N ( ) M ( ) T ( ) N ( ) M ( ) T ( ) N ( ) 12 : 18 : 06

• Quarto Pós-Operatório (4° PO)

Data	Hora	Evolução de Enfermagem
21/11/00	10:00	4° PO de revascularização do Miocárdio. Consciente, com momentos de desorientação, cooperativo. Eupneico, com suporte de O <sub>2</sub> por cateter nasal. Hemodinamicamente estável. Acesso venoso central, mantendo infusão de HV+KCl. Mobilizando-se no leito com independência. Ferida cirúrgica limpa e seca, apresentando discreta secreção serosa no terço inferior. Aceitando bem a dieta líquido-pastosa. Mantendo irrigação vesical contínua, revelando hematúria concentrada. Ausência de ruídos hidroaéreos à ausculta abdominal. Não evacuou no período.

Problemas de Enfermagem	Necessidades Afetadas	Fenômenos de Enfermagem
Sangramento incisional	Integridade cutâneo-mucosa	Ferida cirúrgica
PO cardíaco	Cuidado Corporal	
Irrigação vesical	Eliminação	Retenção urinária
Ausência de evacuações	Eliminação	Constipação

Data	Plano de Cuidados	Horário
21/11/00	01. Verificar ssvv realizando balanço cirúrgico 02. Manter: -cabeceira elevada -cateter de O <sub>2</sub> -nível de água no umidificador de O <sub>2</sub> 03. Realizar ECG 04. Auxiliar no (na): -banho no leito -higiene oral -mobilização no leito 05. Renovar: -curativos avaliando cicatrização -eletrodos -infusões venosas reajustando BIC 06. Oferecer dieta registrando aceitação 07. Manter irrigação vesical avaliando resultados 08. Avaliar registrando alterações no(na): -nível de consciência / orientação -padrão respiratório -função cardíaca / nível pressórico -débito urinário 09. Fechar balanço cirúrgico	08 : 12 : 16 : 20 : 24 : 04   Atenção !!  M ( ) M ( ) 12 : 18 : 06 MMM TTT NNN M ( ) s.n. ( ) ( ) ( ) 08 : 10 : 12 : 15 : 18 : 21 Nas 24 h !!  M ( ) T ( ) N ( ) M ( ) T ( ) N ( ) M ( ) T ( ) N ( ) M ( ) T ( ) N ( ) 12 : 18 : 06

• Quinto Pós-Operatório (5° PO)

<b>Data</b>	<b>Hora</b>	<b>Evolução de Enfermagem</b>
22/11/00	11:00	5° PO de Revascularização do Miocárdio. Consciente, orientado, cooperativo. Eupneico, com suporte de O <sub>2</sub> por cateter nasal. Hemodinamicamente estável. Retirado acesso venoso central, puncionado <i>scalp</i> para heparinização no MSD. Mobilizando-se no leito com independência. Ferida cirúrgica limpa e seca. Aceitando bem a dieta branda. Mantendo irrigação vesical, diurese hematúrica. Não evacuou no período.

<b>Problemas de Enfermagem</b>	<b>Necessidades Afetadas</b>	<b>Fenômenos de Enfermagem</b>
Irrigação vesical	Eliminação	Retenção Urinária
PO cardíaco	Cuidado Corporal	
Ausência de evacuações	Eliminação	Constipação



## Caso 08

### • Pós-Operatório Imediato (POI)

#### Histórico de Enfermagem

F.S.N. 55 anos, sexo masculino, grupo sanguíneo O+, 72 Kg, admitido na CETI dia 22/11/00, proveniente do Centro Cirúrgico, onde foi submetido a Revascularização do Miocárdio. Intubado, ventilado por ambu. Normocárdico, normotenso, hipotérmico. Com cateter arterial no MSE, acesso venoso central por dissecação no MSE e acesso periférico no MSD. Fazendo uso de Dopamina e HV+KCl. Sob narcose, apresentando imobilidade dos quatro membros. Mucosa ocular hipocorada, sialorréia intensa, murmúrio vesicular limpo. Curativo cirúrgico protegido por curativo oclusivo. Dreno mediastínico com drenagem controlada. Diurese controlada por SVD em bom débito de cor amarelo clara. Instalado respirador mecânico no modo assisto-controlado, monitorização cardíaca, oximetria de pulso e dreno mediastínico em sistema de vácuo. Colhidos exames laboratoriais, revelando boa gasometria arterial

Problemas de Enfermagem	Necessidades Afetadas	Fenômenos de Enfermagem
Intubado	Oxigenação	Limpeza ineficaz das vias aéreas
Ventilação mecânica	Oxigenação	Ventilação
Hipotermia	Regulação Térmica	Hipotermia
Uso de drogas	Terapêutica	
Narcose	Motilidade	Imobilidade Completa
Mucosa hipocorada	Regulação Vascular	Perfusão Tissular Alterada
Sialorréia	Cuidado Corporal	
Uso de dreno mediastínico	Regulação Vascular	
Uso de SVD	Eliminação	



Data	Plano de Cuidados	Horário
22/11/00	01. Verificar ssvv realizando balanço cirúrgico	Horário !!
	02. Aspirar secreções do TOT realizando <i>toilet</i>	s.n.
	03. Repor nível de água no umidificador do BIRD	24 : 04
	04. Manter: - cabeceira elevada -aquecido até estabilizar TC	7 Atenção !!
	05. Observar registrando alterações no(na):	
	-nível de consciência	N ( )
	-funcionamento do BIRD	N ( )
	-função cardíaca / nível pressórico	N ( )
	-débito urinário	N ( )
	06. Realizar ECG	T ( )
	07. Renovar: -infusões venosas reajustando BIC	( ) ( )
	-selo d'água do dreno mediastínico	05
	08. Fechar balanço cirúrgico	06

◆ Primeiro Pós-Operatório (1º PO)

Data	Hora	Evolução de Enfermagem
23/11/00	10:00	1º PO de Revascularização Miocárdica. Consciente, orientado cooperativo. Extubado sem intercorrências, mantendo suporte de O <sub>2</sub> por máscara de Venturi. Apresentando RCR ao monitor cardíaco. Fazendo picos de hipertermia. Acessos venosos pervios, mantendo infusão de Dopamina e HV+KCl. Cateter arterial revelando nível pressórico regular. Ferida cirúrgica, apresentando pontos sangrantes em moderada quantidade. Dreno mediastínico com drenagem reduzida. Em dieta zero até completar seis horas de extubação. Diurese mentida por SVD em bom débito de cor amarelo clara.

Problemas de Enfermagem	Necessidades afetadas	Fenômenos de Enfermagem
Temperatura elevada	Regulação Térmica	Hipertermia
PO cardíaco	Cuidado Corporal	
Uso de drogas	Terapêutica	
Sangramento incisional	Integridade Cutâneo-Mucosa	Ferida Cirúrgica
Uso de dreno mediastínico	Regulação Vascular	
Dieta zero	Nutrição	Déficit Nutricional
Uso de SVD	Eliminação	

Data	Plano de Cuidados	Horário
23/11/00	01. Verificar ssvv realizando balanço cirúrgico	08:10:12:14:16:18:20:24:04
	02. Manter: - cabeceira elevada - posicionamento da máscara de Venturi - nível de água do umidificador de O <sub>2</sub>	Atenção !!
	03. Realizar ECG	M ( )
	04. Renovar: -curativos avaliando cicatrização -infusões venosas reajustando BIC -eletrodos -selo d'água do dreno mediastínico	M ( ) ( ) ( ) s.n. 05
	05. Auxiliar no(na): -banho no leito -higiene oral -mobilização no leito	M ( ) 12 : 18 : 06 MMM TTT NNN
	06. Observar registrando alterações no(na): -padrão respiratório -função cardíaca / nível pressórico -regulação da temperatura -débito urinário	M ( ) T ( ) N ( ) M ( ) T ( ) N ( ) M ( ) T ( ) N ( ) M ( ) T ( ) N ( )
	07. Iniciar oferta hídrica seis horas após extubação	16
	08. Oferecer dieta fracionada registrando aceitação	18 : 21
	09. Fechar balanço cirúrgico	06

● Segundo Pós-Operatório (2º PO)

Data	Hora	Evolução de Enfermagem
24/11/00	14:00	2º PO de Revascularização Miocárdica. Consciente, orientado cooperativo, verbalizando suas necessidades. Taquipneico, mantendo suporte de O <sub>2</sub> por máscara de Venturi. Apresentando baixa expansão pulmonar, com hipótese diagnóstica de infecção respiratória. Normotenso, normocárdico, apresentando RCR ao monitor cardíaco. Desmamada Dopamina, acesso venoso central recebendo infusão de HV+KCl. Retirado acesso venoso periférico, cateter arterial e dreno mediastínico sem intercorrências. Ferida cirúrgica limpa e seca, mantida descoberta. Aceitando bem a dieta branda oferecida. Diurese controlada por SVD em bom débito de cor amarelo clara.

Problemas de Enfermagem	Necessidades afetadas	Fenômenos de Enfermagem
Taquipneico	Oxigenação	Intolerância à atividade
Baixa expansão pulmonar	Oxigenação	Troca de gases ineficaz
PO cardíaco	Cuidado Corporal	
Infecção respiratória	Regulação Imunológica	
Uso de SVD	Eliminação	

Data	Plano de Cuidados	Horário
24/11/00	01. Verificar ssvv realizando balanço cirúrgico 02. Manter: - cabeceira elevada - posicionamento da máscara de Venturi - nível de água do umidificador de O <sub>2</sub> 03. Realizar ECG 04. Renovar: - curativos avaliando cicatrização - infusões venosas reajustando BIC - eletrodos 05. Auxiliar no(na): - banho no leito - higiene oral - mobilização no leito 06. Observar registrando alterações no(na): - padrão respiratório - função cardíaca / nível pressórico - débito urinário 07. Oferecer dieta registrando aceitação 08. Iniciar exercício de SVD 09. Retirar SVD 10. Fechar balanço cirúrgico	08 : 12 : 16 : 20 : 24 : 04  } Atenção !!  M ( ) M ( ) ( ) ( ) s.n. M ( ) 12 : 18 : 06 MMM TTT NNN  M ( ) T ( ) N ( ) M ( ) T ( ) N ( ) M ( ) T ( ) N ( ) 08 : 10 : 12 : 15 : 18 : 21 T ( ) N ( ) 12 : 18 : 06

• Terceiro Pós-Operatório (3ºPO)

<b>Data</b>	<b>Hora</b>	<b>Evolução de Enfermagem</b>
25/11/00	07:30	3º PO de Revascularização Miocárdica. Consciente, orientado cooperativo, verbalizando suas necessidades. Taquipneico, mantendo suporte de O <sub>2</sub> por máscara de Venturi. Apresentou episódio de hipertermia, sendo medicado com boa resposta. Normotenso, normocárdico, apresentando RCR ao monitor cardíaco. Acesso venoso central, recebendo infusão de HV+KCl. Ferida cirúrgica limpa e seca, mantida descoberta. Aceitando bem a mobilização no leito e a dieta branda oferecida. Retirada SVD, apresentando diurese espontânea em seguida. Apresentou episódio de fezes pastosas em grande quantidade.

<b>Problemas de Enfermagem</b>	<b>Necessidades afetadas</b>	<b>Fenômenos de Enfermagem</b>
Taquipneico	Oxigenação	Intolerância à atividade
PO cardíaco	Cuidado Corporal	
Temperatura elevada	Regulação Térmica	Hipertermia

Data	Plano de Cuidados	Horário
25/11/00	01. Verificar ssvv realizando balanço cirúrgico 02. Manter: - cabeceira elevada - posicionamento da máscara de Venturi - nível de água do umidificador de O <sub>2</sub> 03. Realizar ECG 04. Renovar: - curativos avaliando cicatrização 05. Auxiliar no(na): - banho no leito - higiene oral - mobilização no leito 06. Observar registrando alterações no(na): - padrão respiratório - função cardíaca / nível pressórico - débito urinário 07. Oferecer dieta registrando aceitação 08. Puncionar acesso periférico para heparinização 09. Retirar acesso venoso central 10. Fechar balanço cirúrgico	08 : 12 : 16 : 20 : 24 : 04  } Atenção !!  M ( ) M ( ) M ( ) 12 : 18 : 06 MMM TTT NNN  M ( ) T ( ) N ( ) M ( ) T ( ) N ( ) M ( ) T ( ) N ( ) 08 : 10 : 12 : 15 : 18 : 21 M ( ) M ( ) 12 : 18 : 06

## Caso 09

### • Pós-Operatório Imediato (POI)

#### Histórico de Enfermagem

M.R.J. 61 anos, sexo feminino, grupo sanguíneo A+, 63 Kg, admitida na CETI dia 25/11/00, proveniente do Centro Cirúrgico, onde foi submetida a Revascularização do Miocárdio. Diabética. Intubada, ventilada por ambu. Normocárdica, normotensa, hipotérmica. Fazendo uso de drogas inotrópicas e vasoativas (Dopamina, Dobutamina e Tridil), além de HV+KCl através dos acessos venosos central, por subclávia D e periférico no MSE. Cateter arterial pérvio no MSE. Sob narcose, apresentando imobilidade completa dos quatro membros, equimose extensa no MSD, ausência parcial de dentes nas arcadas superior e inferior e amputação prévia de MID em decorrência de complicações diabéticas. Ferida cirúrgica protegida por curativo oclusivo, dreno mediastínico com drenagem controlada. Diurese mantida por SVD com débito satisfatório de cor amarelo clara. Instalado respirador mecânico no modo assisto-controlado, monitorização cardíaca, oximetria de pulso e dreno mediastínico em sistema de drenagem a vácuo. Colhida gasometria arterial, revelando resultados satisfatórios.

<b>Problemas de Enfermagem</b>	<b>Necessidades Afetadas</b>	<b>Fenômenos de Enfermagem</b>
Intubada	Oxigenação	Limpeza ineficaz das vias aéreas
Ventilação mecânica	Oxigenação	Ventilação
Uso de drogas	Terapêutica	
Baixa temperatura	Regulação Térmica	Hipotermia
Narcose	Motilidade	Imobilidade Completa
Amputação de MID	Motilidade	Imobilidade Parcial
Uso de dreno mediastínico	Regulação Vascular	
Uso de SVD	Eliminação	

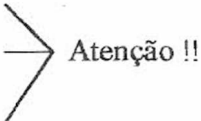
Data	Plano de Cuidados	Horário
25/11/00	01. Verificar ssvv realizando balanço cirúrgico 02. Aspirar secreções do TOT realizando <i>toilet</i> 03. Repor nível de água no umidificador do BIRD 04. Manter: - cabeceira elevada - aquecido até estabilizar TC 05. Observar registrando alterações no(na): -nível de consciência -funcionamento do BIRD -função cardíaca / nível pressórico -débito urinário 06. Realizar ECG 07. Renovar: -infusões venosas reajustando BIC -selo d'água do dreno mediastínico 08. Fechar balanço cirúrgico	Horário !! s.n. 24 : 04 / Atenção !! N ( ) N ( ) N ( ) N ( ) T ( ) ( ) ( ) 05 06

• Primeiro Pós-Operatório(1º PO)

Data	Hora	Evolução de Enfermagem
26/11/00	15:00	1º PO de Revascularização Miocárdica. Consciente, orientada, cooperativa. Extubada sem intercorrências, eupneica, com suporte de Oz por cateter nasal. Apresentando ritmo cardíaco regular ao monitor. Desmamado Dobutamina e Tridil. Acessos venosos pervingos, recebendo infusão de Dopamina e HV+KCl. Cateter arterial retirado após obstrução. Ferida cirúrgica com pontos sangrantes em moderada quantidade. Dreno mediastínico com drenagem controlada. Aceitando bem a mobilização no leito. Permanece em dieta zero até completar seis horas de extubação. Diurese por SVD em bom débito de cor amarelo clara.



Problemas de Enfermagem	Necessidades Afetadas	Fenômenos de Enfermagem
Uso de drogas	Terapêutica	
Pontos sangrantes	Integridade Cutâneo-Mucosa	Ferida cirúrgica
PO cardíaco	Cuidado Corporal	
Uso de dreno mediastínico	Regulação Vascular	Imobilidade Parcial
Dificuldade para se mobilizar	Motilidade	Imobilidade Parcial
Dieta zero	Nutrição	
Uso de SVD	Eliminação	

Data	Plano de Cuidados	Horário
26/11/00	01. Verificar ssvv realizando balanço cirúrgico 02. Manter: -cabeceira elevada -cateter de O <sub>2</sub> -nível de água no umidificador de O <sub>2</sub> 03. Realizar ECG 04. Renovar: -curativos avaliando cicatrização -infusões venosas reajustando BIC -eletrodos -selo água do dreno mediastínico 05. Auxiliar no(na): -banho no leito -higiene oral -mobilização no leito 06. Observar registrando alterações no(na): -nível de consciência -funcionamento do BIRD -função cardíaca / nível pressórico -débito urinário 07. Iniciar oferta de líquidos fracionada 08. Oferecer dieta registrando aceitação 09. Fechar balanço cirúrgico	08:10:12:14:16:18:20:24:04:    M ( ) M ( ) ( ) ( ) s.n. 05  M ( ) 12 : 18 : 06 MMM TTT NNN  M ( ) T ( ) N ( ) M ( ) T ( ) N ( ) M ( ) T ( ) N ( ) M ( ) T ( ) N ( )  18 21 12 : 18 : 06

• Segundo Pós-Operatório (2º PO)

<b>Data</b>	<b>Hora</b>	<b>Evolução de Enfermagem</b>
27/11/00	15:00	2º PO de Revascularização Miocárdica. Consciente, orientada, hipoativa, sonolenta, hipocorada. Taquipneica, com suporte de O <sub>2</sub> por máscara de Venturi. Apresentando ritmo cardíaco regular ao monitor. Acessos venosos pervingos, recebendo infusão de Dopamina e HV+KCl. Cateter arterial retirado após obstrução. Ferida cirúrgica com pontos sangrantes em moderada quantidade. Dreno mediastínico com drenagem reduzida no último período. Hemotransfundida com 02U de CH. Queixando-se de dor na coluna vertebral. Aceitando bem a mobilização no leito e a dieta pastosa. Diurese por SVD em com débito irregular, reduzido em horários alternados.

<b>Problemas de Enfermagem</b>	<b>Necessidades Afetadas</b>	<b>Fenômenos de Enfermagem</b>
Uso de drogas	Terapêutica	
Pontos sangrantes	Integridade Cutâneo-Mucosa	Ferida cirúrgica
PO cardíaco	Cuidado Corporal	
Uso de dreno mediastínico	Regulação Vascular	Imobilidade Parcial
Hemotransfundida	Regulação vascular	
Dificuldade para se mobilizar	Motilidade	Imobilidade Parcial
Dor na coluna	Percepção Dolorosa	Imobilidade Parcial
Diurese c/ débito irregular	Eliminação	Desidratação
Uso de SVD	Eliminação	

Data	Plano de Cuidados	Horário
27/11/00	01. Verificar ssvv realizando balanço cirúrgico 02. Manter: -cabeceira elevada - posicionamento da máscara de Venturi -nível de água no umidificador de O <sub>2</sub> 03. Realizar ECG 04 Renovar: -curativos avaliando cicatrização -infusões venosas reajustando BIC -eletrodos 05. Auxiliar no(na): -banho no leito -higiene oral -mobilização no leito 06. Observar registrando alterações no(na): -padrão respiratório -função cardíaca / nível pressórico -débito urinário 07. Oferecer dieta registrando aceitação 08. Avaliar junto ao plantonista a retirada do dreno mediastínico 09. Instalar hemoderivados observando cuidados básicos 10. Fechar balanço cirúrgico	08 : 12 : 16 : 20 : 24 : 04:  > Atenção !!  M ( ) M ( ) ( ) ( ) s.n. M ( ) 12 : 18 : 06 MMM TTT NNN  M ( ) T ( ) N ( ) M ( ) T ( ) N ( ) M ( ) T ( ) N ( ) 08 : 10 : 12 : 15 : 18 : 21  M ( )  Atenção !! 12 : 18 : 06

• Terceiro Pós-Operatório (3° PO)

<b>Data</b>	<b>Hora</b>	<b>Evolução de Enfermagem</b>
28/11/00	07:00	3° PO de Revascularização Miocárdica. Sedada, intubada, sob ventilação mecânica no modo SIMV, apresentando moderada quantidade de secreção amarelada à aspiração do TOT. Em monitorização cardíaca com ritmo cardíaco regular. Normotensa, normocárdica. Suspenso desmame de Dopamina. Acessos venosos pérvios, recebendo infusão de Sedação e HV+KCl. Ferida cirúrgica com pontos sangrantes em moderada quantidade. Passada SNG para aspiração, ausência de RG. Diurese por SVD em bom débito.

<b>Problemas de Enfermagem</b>	<b>Necessidades Afetadas</b>	<b>Fenômenos de Enfermagem</b>
Intubada	Óxigenação	Limpeza ineficaz das vias aéreas
Ventilação Mecânica	Oxigenação	Ventilação
Uso de drogas	Terapêutica	
PO cardíaco	Cuidado Corporal	
Pontos sangrantes	Integridade Cutâneo-Mucosa	Ferida cirúrgica
Dieta zero	Nutrição	Déficit Nutricional
Uso de SVD	Eliminação	

Data	Plano de Cuidados	Horário
28/11/00	01. Verificar ssvv realizando balanço cirúrgico	08 : 12 : 16 : 20 : 24 : 04:
	02. Aspirar secreções do TOT realizando <i>toilet</i>	s.n.
	03. Manter: -cabeceira elevada	Atenção !!
	-nível de água no umidificador do BIRD	08 : 12 : 16 : 20 : 24 : 04
	04 Renovar: -fixação do TOT	s.n.
	-curativos avaliando cicatrização	M ( )
	-infusões venosas reajustando BIC	( ) ( )
	-eletrodos	s.n.
	05. Realizar: -ECG	M ( )
	-banho no leito	M ( )
	-higiene oral	12 : 18 : 06
	-mobilização no leito	MMM TTT NNN
	06. Observar registrando alterações no(na):	
-funcionamento do BIRD	M ( ) T ( ) N ( )	
-função cardíaca / nível pressórico	M ( ) T ( ) N ( )	
-débito urinário	M ( ) T ( ) N ( )	
07. Avaliar junto ao plantonista o início da dieta por gavagem	M ( )	
09. Fechar balanço cirúrgico	12 : 18 : 06	

• Quarto Pós-Operatório (4º PO)

Data	Hora	Evolução de Enfermagem
29/11/00	07:00	4º PO de Revascularização Miocárdica. Consciente, agitada, com contenção de punho. Reintubada, sob ventilação mecânica no modo SIMV. Evolui com infecção respiratória decorrente de pneumonia bilateral. Pele e mucosas secas e hipocorada. Em monitorização cardíaca com ritmo cardíaco regular. Normotensa, normocárdica. Desmamada de Dopamina. Acessos venosos pérvios, recebendo infusão de Aminofilina e HV+KCl. Ferida cirúrgica limpa com discreta secreção serosa. Detectada escara sacral de 02 cm entre os estágios I e II, região limpa e protegida com curativo hidrocolóide. Reforçada mobilização no leito associada à massagem de alívio nas proeminências ósseas. Alimentada por gavagem, ausência de RG. Diurese por SVD com débito reduzido.

Problemas de Enfermagem	Necessidades Afetadas	Fenômenos de Enfermagem
Intubada	Oxigenação	Limpeza ineficaz das vias aéreas
Ventilação mecânica	Oxigenação	Ventilação
Contenção de punho	Motilidade	Imobilidade Parcial
PO cardíaco	Cuidado Corporal	
Pontos sangrantes	Integridade Cutâneo-Mucosa	Ferida Cirúrgica
Escara sacral	Integridade Cutâneo-Mucosa	Úlcera de Pressão
Diurese reduzida	Eliminação	Desidratação

Data	Plano de Cuidados	Horário
29/11/00	01. Verificar ssvv realizando balanço cirúrgico 02. Aspirar secreções do TOT realizando <i>toilet</i> 03. Manter: -cabeceira elevada -nível de água no umidificador do BIRD 04 Renovar: -fixação do TÔT -curativos avaliando cicatrização -infusões venosas reajustando BIC -eletrodos 05. Realizar: -ECG -banho no leito -higiene oral -mobilização no leito 06. Observar registrando alterações no(na): -funcionamento do BIRD -função cardíaca / nível pressórico -débito urinário 07. Alimentar por gavagem observando RG 08. Lavar SNG após gavagem e/ou medicação VO 09. Fechar balanço cirúrgico	08 : 12 : 16 : 20 : 24 : 04: s.n. Atenção !! 08 : 12 : 16 : 20 : 24 : 04 s.n. M ( ) ( ) ( ) s.n. M ( ) M ( ) 12 : 18 : 06 MMM TTT NNN M ( ) T ( ) N ( ) M ( ) T ( ) N ( ) M ( ) T ( ) N ( ) 09:12:15:18:21:24:03:06 Atenção !! 12 : 18 : 06

• Quinto Pós-Operatório (5° PO)

Data	Hora	Evolução de Enfermagem
30/11/00	12:00	5° PO de Revascularização Miocárdica. Consciente, agitada, angustiada pela permanência no TOT no modo SIMV, apresentando PCO <sub>2</sub> abaixo do limite e secreção traqueobrônquica purulenta. Mantida com contenção de punho. Em monitorização cardíaca com ritmo cardíaco regular. Fazendo desmame lento de Dobutamina Acessos venosos pérvios, recebendo infusão de Aminofilina e HV+KCl. Administrada insulina regular para controle de pico hiperglicêmico verificado pela manhã. Ferida cirúrgica limpa com discreta secreção serosa. Escara sacral em estágio II protegida com hidrocolóide. Mantida mobilização no leito associada à massagem de alívio nas proeminências ósseas. Alimentada por gavagem, apresentando um episódio emético no período, presença de RG em horários alternados. Diurese por SVD com débito reduzido.

Problemas de Enfermagem	Necessidades Afetadas	Fenômenos de Enfermagem
Intubada	Oxigenação	Limpeza ineficaz das vias aéreas
Ventilação mecânica	Oxigenação	Ventilação
Contenção de punho	Motilidade	Imobilidade Parcial
PO cardíaco	Cuidado Corporal	
Pico hiperglicêmico	Regulação Hormonal	
Pontos sangrantes	Integridade Cutâneo-Mucosa	Ferida Cirúrgica
Escara sacral	Integridade Cutâneo-Mucosa	Úlcera de Pressão
Êmese após gavagem	Eliminação	Vômito
Diurese reduzida	Eliminação	Desidratação



Data	Plano de Cuidados	Horário
30/11/00	01. Verificar ssvv realizando balanço cirúrgico 02. Aspirar secreções do TOT realizando <i>toilet</i> 03. Manter: -cabeceira elevada durante a gavagem -nível de água no umidificador do BIRD 04 Renovar: -fixação do TOT -curativos avaliando cicatrização -infusões venosas reajustando BIC -eletrodos 05. Realizar: -ECG -banho no leito -higiene oral -mobilização no leito 06. Observar registrando alterações no(na): -funcionamento do BIRD -função cardíaca / nível pressórico -débito urinário 07. Alimentar por gavagem observando RG 08. Lavar SNG após gavagem e/ou medicação VO 09. Fechar balanço cirúrgico	08 : 12 : 16 : 20 : 24 : 04: s.n. Atenção !! 08 : 12 : 16 : 20 : 24 : 04 s.n. M ( ) ( ) ( ) s.n. M ( ) M ( ) 12 : 18 : 06 MMM TTT NNN M ( ) T ( ) N ( ) M ( ) T ( ) N ( ) M ( ) T ( ) N ( ) 09:12:15:18:21:24:03:06 Atenção !! 12 : 18 : 06

• Sexto Pós-Operatório (6° PO)

Data	Hora	Evolução de Enfermagem
01/12/00	12:00	6° PO de Revascularização Miocárdica. Consciente, agitada, angustiada pelo prolongamento da permanência na ventilação mecânica. Evolui com infecção respiratória e secreção traqueobrônquica purulenta. Apresentando episódios repetitivos de elevação da temperatura e hipertensão arterial. Mantida com contenção de punho. Acessos venosos pérvios, recebendo infusão de Dopamina e sedação contínua, mantendo forte esquema de antibioticoterapia. Níveis glicêmicos instáveis corrigidos por insulina regular. Ferida cirúrgica limpa e seca. Escara sacral com pele restaurada, protegida com colagenase. Mantida mobilização no leito associada à massagem de alívio nas proeminências ósseas. Alimentada por gavagem, ausência de RG. Diurese por SVD em bom débito.

Problemas de Enfermagem	Necessidades Afetadas	Fenômenos de Enfermagem
Intubada	Oxigenação	Limpeza ineficaz das vias aéreas
Ventilação mecânica	Oxigenação	Ventilação
Elevação da temperatura	Regulação Térmica	Hipertermia
Contenção de punho	Motilidade	Imobilidade Parcial
PO cardíaco	Cuidado Corporal	
Uso de drogas	Terapêutica	Pressão Sanguínea Diminuída
Pico hiperglicêmico	Regulação Hormonal	
Escara sacral	Integridade Cutâneo-Mucosa	Úlcera de Pressão
Uso de SNG	Nutrição	
Uso de SVD	Eliminação	

Data	Plano de Cuidados	Horário
01/12/00	01. Verificar ssvv realizando balanço cirúrgico 02. Aspirar secreções do TOT realizando <i>toilet</i> 03. Manter: -cabeceira elevada durante a gavagem -nível de água no umidificador do BIRD 04 Renovar: -fixação do TOT -curativos avaliando cicatrização -infusões venosas reajustando BIC -eletrodos 05. Realizar: -ECG -banho no leito -higiene oral -mobilização no leito 06. Observar registrando alterações no(na): -funcionamento do BIRD -função cardíaca / nível pressórico -níveis glicêmicos -débito urinário 07. Alimentar por gavagem observando RG 08. Lavar SNG após gavagem e/ou medicação VO 09. Fechar balanço cirúrgico	08 : 12 : 16 : 20 : 24 : 04: s.n. Atenção !! 08 : 12 : 16 : 20 : 24 : 04 s.n. M ( ) ( ) ( ) s.n. M ( ) M ( ) 12 : 18 : 06 MMM TTT NNN M ( ) T ( ) N ( ) M ( ) T ( ) N ( ) M ( ) T ( ) N ( ) M ( ) T ( ) N ( ) 09:12:15:18:21:24:03:06 Atenção !! 12 : 18 : 06

• Sétimo Pós-Operatório (7º PO)

<b>Data</b>	<b>Hora</b>	<b>Evolução de Enfermagem</b>
02/12/00	07:00	7º PO de Revascularização Miocárdica. Sedada, intubada, sob ventilação mecânica no modo SIMV, evoluindo com infecção respiratória bilateral e secreção purulenta à aspiração. Apresentando episódios repetitivos de elevação da temperatura e hipertensão arterial. Mantida com contenção de punho. Acessos venosos pérvios, recebendo infusão de Dopamina e sedação contínua, mantendo forte esquema de antibioticoterapia. Níveis glicêmicos estabilizados pela associação diária de insulina regular e NPH. Ferida cirúrgica limpa e seca, mantida descoberta. Escara sacral hiperemiada com bordas escurecidas e pele preservada. Mantida mobilização no leito associada à massagem de alívio nas proeminências ósseas. Alimentada por gavagem, presença de RG em apenas um horário. Diurese por SVD em bom débito de cor amarelo clara. Não evacuou no período.

<b>Problemas de Enfermagem</b>	<b>Necessidades Afetadas</b>	<b>Fenômenos de Enfermagem</b>
Intubada	Oxigenação	Limpeza ineficaz das vias aéreas
Ventilação mecânica	Oxigenação	Ventilação
Elevação da temperatura	Regulação Térmica	Hipertermia
Contenção de punho	Motilidade	Imobilidade Parcial
PO cardíaco	Cuidado Corporal	
Uso de drogas	Terapêutica	Pressão Sanguínea Diminuída
Pico hiperglicêmico	Regulação Hormonal	
Escara sacral	Integridade Cutâneo-Mucosa	Úlcera de Pressão
Uso de SNG	Nutrição	
Uso de SVD	Eliminação	
Não evacuou no período	Eliminação	Constipação

Data	Plano de Cuidados	Horário
02/12/00	01. Verificar ssvv realizando balanço cirúrgico	08 : 12 : 16 : 20 : 24 : 04:
	02. Aspirar secreções do TOT realizando <i>toilet</i>	s.n.
	03. Manter: -cabeceira elevada durante a gavagem	Atenção !!
	-nível de água no umidificador do BIRD	08 : 12 : 16 : 20 : 24 : 04
	04 Renovar: -fixação do TOT	s.n.
	-curativos avaliando cicatrização	M ( )
	-infusões venosas reajustando BIC	( ) ( )
	-eletrodos	s.n.
	05. Realizar: -ECG	M ( )
	-banho no leito	M ( )
	-higiene oral	12 : 18 : 06
	-mobilização no leito	MMM TTT NNN
06. Observar registrando alterações no(na):		
-funcionamento do BIRD	M ( ) T ( ) N ( )	
-função cardíaca / nível pressórico	M ( ) T ( ) N ( )	
-níveis glicêmicos	M ( ) T ( ) N ( )	
-débito urinário	M ( ) T ( ) N ( )	
07. Alimentar por gavagem observando RG	09:12:15:18:21:24:03:06	
08. Lavar SNG após gavagem e/ou medicação VO	Atenção !!	
09. Fechar balanço cirúrgico	12 : 18 : 06	

• Oitavo Pós-Operatório (8º PO)

<b>Data</b>	<b>Hora</b>	<b>Evolução de Enfermagem</b>
03/12/00	07:30	8º PO de Revascularização Miocárdica. Consciente, ansiosa, intubada, sob ventilação mecânica no modo SIMV, evoluindo com infecção respiratória bilateral e secreção purulenta à aspiração. Normotensa, normocárdica, afebril. Mantida com contenção de punho. Acessos venosos pérvios, recebendo infusão de Dopamina, sedação e HV, mantendo forte esquema de antibioticoterapia. Níveis glicêmicos estabilizados pela associação diária de insulina regular e NPH. Ferida cirúrgica limpa e seca mantida descoberta. Escara sacral com bordas escurecidas, protegida com Iruxol. Mantida mobilização no leito associada à massagem de alívio nas proeminências ósseas. Alimentada por gavagem, presença de RG em horários alternados. Diurese por SVD em bom débito de cor amarelo clara. Não evacuou no período.

<b>Problemas de Enfermagem</b>	<b>Necessidades Afetadas</b>	<b>Fenômenos de Enfermagem</b>
Intubada	Oxigenação	Limpeza ineficaz das vias aéreas
Ventilação mecânica	Oxigenação	Ventilação
Contenção de punho	Motilidade	Imobilidade Parcial
PO cardíaco	Cuidado Corporal	
Uso de drogas	Terapêutica	Pressão Sanguínea Diminuída
Pico hiperglicêmico	Regulação Hormonal	
Escara sacral	Integridade Cutâneo-Mucosa	Úlcera de Pressão
Uso de SNG	Nutrição	
Uso de SVD	Eliminação	
Não evacuou no período	Eliminação	Constipação

Data	Plano de Cuidados	Horário
03/12/00	01. Verificar ssvv realizando balanço cirúrgico	08 : 12 : 16 : 20 : 24 : 04:
	02. Aspirar secreções do TOT realizando <i>toilet</i>	s.n.
	03. Manter: -cabeceira elevada durante a gavagem -nível de água no umidificador do BIRD	Atenção !! 08 : 12 : 16 : 20 : 24 : 04
	04 Renovar: -fixação do TOT -curativos avaliando cicatrização -infusões venosas reajustando BIC -eletrodos	s.n. M ( ) ( ) ( ) s.n.
	05. Realizar: -ECG -banho no leito -higiene oral -mobilização no leito	M ( ) M ( ) 12 : 18 : 06 MMM TTT NNN
	06. Observar registrando alterações no(na):	
	-funcionamento do BIRD	M ( ) T ( ) N ( )
	-função cardíaca / nível pressórico	M ( ) T ( ) N ( )
	-níveis glicêmicos	M ( ) T ( ) N ( )
	-débito urinário	M ( ) T ( ) N ( )
	07. Alimentar por gavagem observando RG	09:12:15:18:21:24:03:06
	08. Lavar SNG após gavagem e/ou medicação VO	Atenção !!
	09. Fechar balanço cirúrgico	12 : 18 : 06

• Nono Pós-Operatório (9º PO)

<b>Data</b>	<b>Hora</b>	<b>Evolução de Enfermagem</b>
04/12/00	12:30	9º PO de Revascularização Miocárdica. Consciente, angustiada, rebelde ao tratamento. Intubada, sob ventilação mecânica no modo CPAP, com infecção respiratória bilateral e secreção purulenta à aspiração. Normotensa, normocárdica, afebril. Mantida com contenção de punho. Acessos venosos pérvios, recebendo infusão de Dopamina, sedação e HV. Níveis glicêmicos estabilizados pela associação diária de insulina regular e NPH. Ferida cirúrgica limpa e seca mantida descoberta. Escara sacral com bordas escurecidas, protegida com Iruxol. Mantida mobilização no leito com massagem de alívio. Alimentada por gavagem sem apresentar RG. Retirou SVD, apresentando diurese nas fraldas com débito regular de cor amarelo clara. Continua sem evacuar no período.

<b>Problemas de Enfermagem</b>	<b>Necessidades Afetadas</b>	<b>Fenômenos de Enfermagem</b>
Intubada	Oxigenação	Limpeza Ineficaz das Vias Aéreas
Ventilação mecânica	Oxigenação	Ventilação
Contenção de punho	Motilidade	Imobilidade Parcial
PO cardíaco	Cuidado Corporal	
Uso de drogas	Terapêutica	Pressão Sanguínea Diminuída
Pico hiperglicêmico	Regulação Hormonal	
Escara sacral	Integridade Cutâneo-Mucosa	Úlcera de Pressão
Uso de SNG	Nutrição	
Não evacuou no período	Eliminação	Constipação



Data	Plano de Cuidados	Horário
04/12/00	01. Verificar ssvv realizando balanço cirúrgico 02. Aspirar secreções do TOT realizando <i>toilet</i> 03. Manter: -cabeceira elevada durante a gavagem -nível de água no umidificador do BIRD 04 Renovar: -fixação do TOT -curativos avaliando cicatrização -infusões venosas reajustando BIC -eletrodos 05. Realizar: -ECG -banho no leito -higiene oral -mobilização no leito 06. Observar registrando alterações no(na): -funcionamento do BIRD -função cardíaca / nível pressórico -níveis glicêmicos -débito urinário 07. Alimentar por gavagem observando RG 08. Lavar SNG após gavagem e/ou medicação VO 09. Fechar balanço cirúrgico	08 : 12 : 16 : 20 : 24 : 04: s.n. Atenção !! 08 : 12 : 16 : 20 : 24 : 04 s.n. M ( ) ( ) ( ) s.n. M ( ) M ( ) 12 : 18 : 06 MMM TTT NNN M ( ) T ( ) N ( ) M ( ) T ( ) N ( ) M ( ) T ( ) N ( ) M ( ) T ( ) N ( ) 09:12:15:18:21:24:03:06 Atenção !! 12 : 18 : 06

• Décimo Pós-Operatório (10° PO)

<b>Data</b>	<b>Hora</b>	<b>Evolução de Enfermagem</b>
05/12/00	10:30	10° PO de Revascularização Miocárdica. Consciente, orientada, alerta ao tratamento. Intubada, em nebulização dirigida por tubo T, mantendo saturação de 98%. Apresentando diminuição da secreção traqueobrônquica. Hemodinamicamente estável, apesar de picos de elevação da temperatura isolados. Retirado acesso venoso periférico do MSE, acesso central com infusão de HV. Níveis glicêmicos estabilizados. Ferida cirúrgica limpa e seca mantida descoberta. Escara sacral hiperemiada. Mantida mobilização no leito com massagem de alívio. Alimentada por gavagem sem apresentar RG. Diurese nos lençóis com débito regular de cor amarelo clara. Permanece sem evacuar há seis dias.

<b>Problemas de Enfermagem</b>	<b>Necessidades Afetadas</b>	<b>Fenômenos de Enfermagem</b>
Intubada	Oxigenação	Limpeza ineficaz das vias aéreas
Temperatura elevada	Regulação Térmica	Hipertermia
PO cardíaco	Cuidado Corporal	
Escara sacral	Integridade Cutâneo-Mucosa	Úlcera de Pressão
Uso de SNG	Nutrição	
Não evacuou no período	Eliminação	Constipação

Data	Plano de Cuidados	Horário
05/12/00	01. Verificar ssvv realizando balanço cirúrgico 02. Aspirar secreções do TOT realizando <i>toilet</i> 03. Manter: -cabeceira elevada durante a gavagem -nível de água no umidificador de O <sub>2</sub> 04 Renovar: -fixação do TOT -curativos avaliando cicatrização -infusões venosas reajustando BIC -eletrodos 05. Realizar: -ECG -banho no leito -higiene oral -mobilização no leito 06. Observar registrando alterações no(na): -funcionamento do BIRD -função cardíaca / nível pressórico -níveis glicêmicos -débito urinário 07. Alimentar por gavagem observando RG 08. Lavar SNG após gavagem e/ou medicação VO 09. Fechar balanço cirúrgico	08 : 12 : 16 : 20 : 24 : 04: s.n. 7 Atenção !! s.n. M ( ) ( ) ( ) s.n. M ( ) M ( ) 12 : 18 : 06 MMM TTT NNN M ( ) T ( ) N ( ) M ( ) T ( ) N ( ) M ( ) T ( ) N ( ) M ( ) T ( ) N ( ) 09:12:15:18:21:24:03:06 Atenção !! 12 : 18 : 06

• Décimo Primeiro Pós-Operatório (10° PO)

<b>Data</b>	<b>Hora</b>	<b>Evolução de Enfermagem</b>
06/12/00	10:30	11° PO de Revascularização Miocárdica. Consciente, orientada, ansiosa. Extubada sem intercorrências, mantendo boa saturação na máscara de Venturi. Hemodinamicamente estável. Acesso central com infusão de HV. Níveis glicêmicos estabilizados. Ferida cirúrgica limpa e seca mantida descoberta. Escara sacral em processo de cicatrização. Mantida mobilização no leito com massagem de alívio. Em jejum até completar seis horas de extubação. Diurese espontânea em bom débito de cor amarelo clara. Solicitou aparadeira sem conseguir evacuar.

<b>Problemas de Enfermagem</b>	<b>Necessidades Afetadas</b>	<b>Fenômenos de Enfermagem</b>
Dieta zero	Nutrição	Déficit Nutricional
PO cardíaco	Cuidado Corporal	
Não evacuou no período	Eliminação	Constipação

Data	Plano de Cuidados	Horário
06/12/00	01. Verificar ssvv realizando balanço cirúrgico 02. Manter: -cabeceira elevada -posicionamento da máscara de Venturi -nível de água no umidificador de O <sub>2</sub> 03 Realizar ECG 04 Renovar: -infusões venosas reajustando BIC -eletrodos 05. Auxiliar no(na): -banho no leito -higiene oral -mobilização no leito 06. Observar registrando alterações no(na): -padrão respiratório -função cardíaca / nível pressórico -débito urinário 07. Iniciar oferta hídrica seis horas após extubação 08. Oferecer dieta registrando aceitação 09. Fechar balanço cirúrgico	08 : 12 : 16 : 20 : 24 : 04:  Atenção !!  M ( ) ( ) ( ) s.n. M ( ) 12 : 18 : 06 MMM TTT NNN  M ( ) T ( ) N ( ) M ( ) T ( ) N ( ) M ( ) T ( ) N ( ) 15 18 : 21 12 : 18 : 06

• Décimo Segundo Pós-Operatório (12° PO)

Data	Hora	Evolução de Enfermagem
07/12/00	10:30	11° PO de Revascularização Miocárdica. Consciente, orientada. Eupneica com suporte de O <sub>2</sub> por cateter nasal. Hemodinamicamente estável. Queixando-se de dor lombossaca. Mantendo acesso central com HV. Níveis glicêmicos estabilizados. Aceitando bem a dieta pastosa. Diurese espontânea em bom débito de cor amarelo clara. Sem evacuações no período.

Problemas de Enfermagem	Necessidades Afetadas	Fenômenos de Enfermagem
Dificuldade para se mobilizar	Mobilidade	Imobilidade parcial
PO cardíaco	Cuidado Corporal	
Não evacuou no período	Eliminação	Constipação

Data	Plano de Cuidados	Horário
07/12/00	01. Verificar ssvv realizando balanço cirúrgico	08 : 12 : 16 : 20 : 24 : 04:
	02. Manter: -cabeceira elevada	Atenção !!
	03. Estimular: -tosse e expectoração --mobilização no leito	Nas 24 h!! MMM TTT NNN
	04. Realizar ECG	M ( )
	05. Auxiliar no(na): -banho no leito -higiene oral	M ( ) 24 : 18 : 06
	06. Observar registrando alterações no(na): -padrão respiratório -função cardíaca / nível pressórico -débito urinário	M ( ) T ( ) N ( ) M ( ) T ( ) N ( ) M ( ) T ( ) N ( )
	07. Oferecer dieta registrando aceitação	08 : 10 : 12 : 15 : 18 : 21
	08. Retirar acesso venoso central	M ( )
	09. Puncionar acesso periférico p/ heparinização	M ( )
	10. Fechar balanço cirúrgico	12 : 18 : 06

## Caso 10

### Pós-Operatório Imediato (POI)

#### Histórico de Enfermagem

A.A.M. 64 anos, sexo masculino, grupo sanguíneo O+, 94 Kg, admitido na CETI dia 11/12/00, proveniente do Centro Cirúrgico onde foi submetido a Revascularização Miocárdica. Intubado, ventilado por ambu, hipertenso, normocárdico, hipotérmico. Fazendo uso de Nipride e HV+ KCl. Com cateter arterial no MSE, acesso venoso central por subclávia D e acesso periférico no MSD pérvios. Sob narcose, com imobilidade dos quatro membros, ferida cirúrgica protegida por curativo compressivo, dreno mediastínico com drenagem controlada. Instalado ventilador mecânico no modo assisto-controlado, monitor cardíaco, oxímetro de pulso e dreno mediastínico em aspiração a vácuo. Colhidos exames laboratoriais com resultados satisfatórios.

<b>Problemas de Enfermagem</b>	<b>Necessidades Afetadas</b>	<b>Fenômenos de Enfermagem</b>
Intubado	Oxigenação	Limpeza ineficaz das vias aéreas
Ventilação mecânica	Oxigenação	Ventilação
Hipertenso	Regulação Vascular	Pressão Sanguínea Aumentada
Baixa temperatura	Regulação Térmica	Hipotermia
Narcose	Motilidade	Imobilidade Completa
Uso de dreno mediastínico	Regulação Vascular	
Uso de drogas	Terapêutica	
Uso de SVD	Eliminação	

Data	Plano de Cuidados	Horário
11/12/00	01. Verificar ssvv realizando balanço cirúrgico	Horário !!
	02. Aspirar secreções do TOT realizando <i>toilet</i>	s.n.
	03. Repor nível de água no umidificador do BIRD	24 : 04
	04. Manter: - cabeceira elevada - aquecido até estabilizar TC	7 Atenção !!
	05. Observar registrando alterações no(na):	
	- nível de consciência	N ( )
	- funcionamento do BIRD	N ( )
	- função cardíaca / nível pressórico	N ( )
	- débito urinário	N ( )
	06. Realizar ECG	T ( )
	07. Renovar: - infusões venosas reajustando BIC	( ) ( )
	- selo água do dreno mediastínico	05
	08. Fechar balanço cirúrgico	06

● Primeiro Pós-Operatório (1º PO)

Data	Hora	Evolução de Enfermagem
12/12/00	12:00	1º PO de Revascularização Miocárdica. Consciente, orientado cooperativo. Extubado sem intercorrências, eupneico, mantendo suporte de O <sub>2</sub> por cateter nasal. Normotenso, normocárdico, afebril. Apresentando arritmia ao monitor cardíaco. Desmamado e suspenso Nipride, acessos venosos pérvios mantendo infusão de HV+KCl e Amiodarona. Cateter arterial, revelando nível pressórico regular. Ferida cirúrgica, apresentando pontos sangrantes em moderada quantidade. Dreno mediastínico com drenagem pouco significativa. Iniciada oferta de líquidos fracionada com boa aceitação. Iniciado desmame de SVD, diurese em bom débito de cor amarelo clara.



Problemas de Enfermagem	Necessidades Afetadas	Fenômenos de Enfermagem
Uso de drogas	Regulação Vascular	
PO cardíaco	Cuidado Corporal	
Pontos sangrantes	Integridade Cutâneo-Mucosa	Ferida Cirúrgica
Uso de dreno	Regulação Vascular	
Uso de SVD	Eliminação	

Data	Plano de Cuidados	Horário
12/12/00	01. Verificar ssvv realizando balanço cirúrgico 02. Manter: -cateter de O <sub>2</sub> -nível de água do umidificador de O <sub>2</sub> - cabeceira elevada 03. Auxiliar no(na): -banho no leito -higiene oral -mobilização no leito 04. Realizar ECG 05. Renovar: -infusões venosas reajustando BIC -eletrodos -selo d'água do dreno mediastínico 06. Oferecer dieta líquida registrando aceitação 07. Observar registrando alterações no(na): -padrão respiratório -função cardíaca / nível pressórico -débito urinário 08. Iniciar exercício de SVD 09. Retirar: -cateter arterial -dreno mediastínico -acesso venoso central -SVD 10. Fechar balanço cirúrgico	08:10:12:14:16:18:20:24:04  } Atenção !!  M ( ) 12 : 18 : 06 MMM TTF NNN M ( ) ( ) ( ) s.n. 05 08 : 10 : 12 : 15 : 18 : 21  M ( ) T ( ) N ( ) M ( ) T ( ) N ( ) M ( ) T ( ) N ( ) T ( ) T ( ) T ( ) T ( ) N ( ) 12 : 18 : 06

• Segundo Pós-Operatório (2º PO)

Data	Hora	Evolução de Enfermagem
13/12/00	11:00	2º PO de Revascularização Miocárdica. Consciente, orientado cooperativo. Taquipneico, com suporte de O <sub>2</sub> por cateter nasal. Normotenso, normocárdico, afebril. Corrigida fibrilação atrial pelo emprego de terapêutica antiarrítmica. Acesso venoso periférico mantendo infusão de HV+KCl. Retirado cateter arterial, acesso venoso central e dreno mediastínico sem intercorrências. Ferida cirúrgica limpa e seca. Iniciada oferta de líquidos fracionada com boa aceitação. Diurese espontânea em bom débito de cor amarelo clara. Transferido para a enfermaria de origem acompanhado de prontuário e exames laboratoriais e radiológicos.