

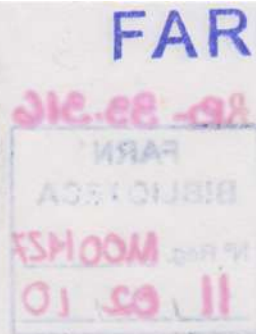
LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO
DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE ENFERMAGEM

MAURA CÂNDIDO DE ARAÚJO

A CONTRIBUIÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE CIRURGIA CARDÍACA
REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO

NATAL/RN
2009

MAURA CÂNDIDO DE ARAÚJO



A CONTRIBUIÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE CIRURGIA CARDÍACA
REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO

**A CONTRIBUIÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE CIRURGIA CARDÍACA
REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte, como requisito obrigatório para obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem. Orientador: Prof. Osvaldo de Góis Júnior. (Mestre)

NATAL/RN
2009



616.12
A69c
2009
ex.01

Catálogo na Publicação – Biblioteca da FARN
Setor de Processos Técnicos

Araújo, Maura Cândido de

A contribuição da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca (Revascularização do miocárdio –RVM) / Maura Cândido de Araújo. – Natal: FARN, 2009.
60f.

Orientadora: Osvaldo de Góes Bay Júnior (Mestre)
Monografia (Graduação em Enfermagem) – Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte.

1. Enfermeiro – Monografia. 2. Sistematização da Assistência – Monografia. 3. Cirurgia Cardíaca – Monografia. I. Título.

RN/FARN/BC

CDU 616.12

MAURA CÂNDIDO DE ARAÚJO

**A CONTRIBUIÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE CIRURGIA CARDÍACA
REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte, como requisito obrigatório para obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem.

Data de Aprovação: __15__ / __dezembro__ / 2009__.

BANCA EXAMINADORA

Prof.DR. Osvaldo de Góis Júnior

Prof. Osvaldo de Góis
Orientador
FARN-RN

Prof. Dra. Maria Lucia costa do Nascimento

Prof. Examinador
FARN-RN

Prof. Dra IZete Soares de Silva Dantas Pereira

Prof. Examinador
FARN-RN

AGRADECIMENTO

A Deus, criador da pessoa que sou. A todos que contribuíram para a realização desse projeto, desde quando ele ainda era um sonho até se tornar uma meta tangível; a meus pais em especial pelo encorajamento de iniciar essa caminhada, mesmo quando o caminho parecia distante e a trajetória demasiadamente longa, aos professores das diversas disciplinas pelas quais passei. Aos amigos presentes e aos que hoje não estão mais presentes, mas que foram importantes pelo apoio na caminhada. A meus entes queridos e mais próximos, pelos ensinamentos de vida. Agradeço também a todos os meus colegas de turma pela construção de um espaço democrático de aprendizagem, com grande troca de experiências e também a meu orientador Osvaldo de Goes Bay Junior, pelo exemplo de profissionalismo, paciência e riqueza de seus ensinamentos.

AGRADECIMENTO

Agradeço ao **mundo**, e o faço por meio das pessoas com as quais pude conviver por todo o período da minha vida. Por tudo que aprendi, desde o primeiro professor. Aqueles que me ensinaram a ler e a escrever;

Aos **pacientes**, essência do cuidar; que me ensinaram que são mais que estatísticas, são mais que um número no leito;

Aos **hospitais**, pelos quais passei e que permitiu que eu pudesse exercitar o cuidado;

Aos **amigos de trabalho**, que muito contribuíram na partilha da técnica;

Aos **amigos de sempre**, de incentivo, de estrada, de apoio e suporte;

"Não quero ler a terrível lição de quem
vive apenas do que é possível de fazer
sentido"

Cláudio Lispector

ABSTRACT

RESUMO

Esta pesquisa foi realizada através de um levantamento bibliográfico sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) aos pacientes submetidos a um procedimento de cirurgia cardíaca. As questões relacionadas à SAE têm sido importantes objetos de estudo da Enfermagem, na tentativa de consolidar as suas ações. Diversos pesquisadores da área da enfermagem vêm construindo seus caminhos, buscando torná-la socialmente significativa, procurando afastá-la da dependência de outras áreas profissionais, mudando o seu referencial de leitura de mundo, reorganizando os processos de formação e reorientando seus saberes e práticas. A escolha por esse tema deve-se ao fato de que na prática, através da vivência profissional, identificou-se a necessidade de implantação da SAE, como instrumento transformador nas ações de enfermagem, aqui em específico nas intervenções nos pacientes que se submetem a procedimento cirúrgico em pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca. Tem como principal objetivo analisar a contribuição da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca (RVM). Trata-se de uma revisão de literatura, de caráter exploratória, a fim de se verificar o conhecimento produzido acerca da temática. Inicialmente foi coletados os dados inerentes a proposta dessa pesquisa, reunindo todo material bibliográfico disponível, consultando os Bancos de Dados informatizados, as Bibliotecas virtuais, periódicos, livros, e artigos. Os resultados observados sinalizam que a SAE se apresenta como um instrumento que possibilita aos enfermeiros a gestão do próprio trabalho, propiciando inclusive, o desenvolvimento do aspecto econômico da profissão de enfermagem. conclui-se que ha uma necessidade de assistência e ações de enfermagem devendo beneficiar o cliente em especial promovendo uma recuperação mais rápida, segura, eficiente e individualizada.

Keywords: nursing Care System, Cardiac Surgery.

Palavras-chave: Enfermeiro. Sistematização da Assistência. Cirurgia Cardíaca.

ABSTRACT**NHB - Necesidades Humanas Básicas**

This research was conducted through a literature on the Systematization of Nursing Care (SAE) to patients undergoing a cardiac surgery procedure. Issues related to SAE have been important objects of study of nursing in an attempt to consolidate their shares. Several researchers in the field of nursing have been building their ways, trying to make it socially significant, for it away from dependence on other professions, changing your frame of view of the world, reorganizing the training processes and redirecting their knowledge and practice. The choice of this theme is due to the fact that in practice through professional experience, we identified the need to implement the (SAE) as an instrument transformer in nursing actions here in specific interventions in patients who undergo the procedure surgery in the immediate post-cardiac surgery. Its main objective is to analyze the contribution of the Assistance of Nursing (SAE) in the immediate postoperative period of cardiac surgery (RVM). This is a review of the literature of exploratory character, in order to verify the knowledge produced about irrelevant. Was initially collected data pertaining to this research proposal, gathering all bibliographic material available in consultation with computerized databases, virtual libraries, journals, books, and articles. The observed results indicate that is (SAE) presented as a tool to enable nurses to manage their own work, leading even to develop the economic aspect of the nursing. concluded that a need for care and nursing actions should benefit the customer in particular, promoting a quicker recovery, secure, efficient and individualized.

Keywords: nurse. Care System. Cardiac Sugery

LISTA DE SIGLAS

SUMÁRIO

NHB - Necessidades Humanas Básicas

SAE- Sistematização da Assistência da Enfermagem

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SRPA- Sala de recuperação pós anestésica

SAEP - *Sistematização da Assistência de enfermagem Perioperatória*

3.1. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

3.1.2. O processo de enfermagem

3.1.3. Histórico da enfermagem

3.1.4. Diagnóstico de enfermagem

3.1.5. Plano assistencial de enfermagem

3.1.6. Prescrição de enfermagem

3.1.7. Evolução de enfermagem

3.1.8. Prognóstico de enfermagem

4. O CORAÇÃO E SUAS DIFUNÇÕES CORONARIAS E ARTERIOSCLEROSE

4.1. PRÉ-OPERATÓRIO E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

4.1.2. PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA CUIDADOS INTENSIVOS

5. METODOLOGIA

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

7. REFERÊNCIAS

INTRODUÇÃO

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	16
2.1. Objetivo Geral	16
2.1.2. Objetivos Específicos	16
2.1.3. Justificativa	16
3. REFERENCIAL TEÓRICO	17
3.1. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	17
3.1.2. O processo de enfermagem	19
3.1.3 Histórico de enfermagem	21
3.1.4 Diagnóstico de enfermagem	21
3.1.5 Plano assistencial de enfermagem	27
3.1.6. Prescrição de enfermagem	30
3.1.7. Evolução de enfermagem	32
3.1.8 Prognóstico de enfermagem	33
4. O CORAÇÃO E SUAS DISFUNÇÕES CORONÁRIAS E ARTERIOSCLEROSE ..	33
4.1. Pós OPERATÓRIO E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	36
4.1.2. PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIACARDÍACA: CUIDADOS INTENSIVOS	42
5. METODOLOGIA	44
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
7. REFERÊNCIAS	50

estado crítico do paciente que apresenta

As atividades de enfermagem e as funções da enfermagem têm sido cada vez mais valorizadas pelos órgãos oficiais de legislação de profissão. Hoje percebemos a ênfase que se tem dado, por parte dos enfermeiros, à importância da documentação e registro do plano de cuidados de saúde de sua clientela, inclusive exigida pela Lei do Exercício profissional - Documentos Básicos de Enfermagem (COREN-SP e COFEN, 1997; apud SPERANDIO; MARTINEZ EVORA, 2002).

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa foi realizada através de um levantamento bibliográfico sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) aos pacientes submetidos a um procedimento de cirurgia cardíaca.

As questões relacionadas à SAE têm sido importantes objetos de estudo da Enfermagem, na tentativa de consolidar as suas ações de maneira que diversos pesquisadores da área da enfermagem vêm construindo seus caminhos, buscando torná-la socialmente significativa, procurando afastá-la da dependência de outras áreas profissionais, mudando o seu referencial de leitura de mundo, reorganizando os processos de formação e reorientando seus saberes e práticas (CORRÊA, 2000; MARTINI, 2009).

Enfermagem é um serviço, uma arte e uma tecnologia. Como serviço, ajuda os seres humanos e no desempenho de ações deliberadas e desempenhadas pelo o enfermeiro, mantendo ou alterando sua própria competência ou ambiente. como arte, é a habilidade de assistir pessoas na gerencia de auto-cuidado e como tecnologia, refere-se ao conjunto de informações sistematização para obtenção de resultados. (LEORPARDI 2006P.250).

A enfermagem vem acumulando no decorrer de sua história, juntamente com conhecimento empírico, teórico, o conhecimento científico, para executar suas atividades baseadas não somente em normas disciplinares, mas também em rotinas repetidas da sua atuação. Com a afirmação da enfermagem como ciência, as modificações da clientela, da organização, do avanço tecnológico e dos próprios profissionais de enfermagem, a prática da profissão deixa de ser mecânica, massificada e descontínua, utilizando-se de métodos de trabalho que favorecem a individualização e a continuidade da assistência de Enfermagem, bem como do estudo crítico do atendimento que se presta.

As atividades de competência e as funções da enfermagem têm ficado cada vez mais definidas pelos órgãos oficiais de legislação da profissão. Hoje percebemos a ênfase que se tem dado, por parte dos enfermeiros, à importância na documentação e registro do plano de cuidados de saúde de sua clientela, inclusive exigido pela Lei do Exercício profissional – Documentos Básicos de Enfermagem: COREN-SP e COFEN (1997, apud SPERANDIO; MARTINEZ ÉVORA, 2002).

A SAE no Brasil iniciou-se no ano de 1979, com base nos estudos de Wanda Aguiar Horta sobre o Processo de Enfermagem, levando em consideração a Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB). A evolução dessa prática tem como fator peculiar a caracterização da profissão de enfermagem como ciência, buscando a construção do corpo de conhecimento próprio no decorrer da sua história (HORTA, 1979).

Segundo Horta (1979) é a partir do processo de enfermagem que a profissão atinge a sua maioridade, porém, a autonomia profissional só será adquirida no momento em que toda a classe passar a utilizar essa metodologia científica em suas ações.

O modelo proposto por Horta (1979) é o mais conhecido e seguido para a implantação do processo de enfermagem e sistematização da assistência de enfermagem, tendo como objetivo prestar uma assistência sistematizada, planejada e organizada, registrando as ações realizadas pelo enfermeiro, constando das seguintes fases relacionadas à enfermagem: histórico, diagnóstico, plano assistencial, prescrição, evolução e prognóstico. A sua aplicação na prática clínica, desde então, vem sofrendo modificações que frequentemente descaracterizam a sua utilização (CUNHA; BARROS, 2005; FIGUEIREDO et al, 2005).

Para Horta (1979), a Sistematização da Assistência de Enfermagem, antigo Processo de Enfermagem, define-se como sendo a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao ser humano. Propõe a implementação da SAE à luz da teoria das Necessidades Básicas Humanas.

A Enfermagem é responsável pelo atendimento do paciente intensivo e seus familiares no que se refere às necessidades humanas básicas, o que o torna total ou parcialmente dependente desta assistência, o qual tem como objetivo a recuperação, reabilitação e promoção da saúde.

Dessa forma, sistematizar a assistência de enfermagem beneficia não somente o profissional, como também o cliente, e também, a própria instituição (CUNHA; BARROS, 2005).

Silva (1996) descreve que a sistematização da assistência de enfermagem tem deixado de ser um meio ou instrumento de trabalho para constituir-se no próprio objeto de trabalho do enfermeiro. Para Felisbino (1994), a SAE destituída da teoria

apresenta apenas uma forma metodológica de organizar dados, sendo que a razão de ser do processo está na implementação da teoria na prática.

Miller (1989 apud Lopes, 2000) afirma que, para que a enfermeira assista adequadamente o paciente, é necessário conhecer os problemas que ele está vivenciando e a falta de clareza na sua identificação implica em perda de tempo e de energia, ou mesmo, de dinheiro. Para o autor, o objetivo da enfermagem é prover uma assistência que atenda às necessidades do cliente, ao passo que o da instituição é prestar um serviço efetivo e eficiente. Portanto, o uso do diagnóstico de enfermagem beneficia a ambos, porque direciona a assistência de enfermagem para as necessidades de cada cliente, facilita a escolha de intervenções mais adequadas, registra de forma objetiva as reações do cliente e permite subsequente avaliação dos cuidados de enfermagem.

A enfermagem vem acumulando no decorrer de sua história, conhecimento empírico, teórico, e conhecimento científico, para executar suas atividades baseadas não somente em normas disciplinares, mas também em rotinas repetidas da sua atuação. Com a afirmação da enfermagem como ciência, as modificações da clientela, da organização, do avanço tecnológico e dos próprios profissionais de enfermagem, a prática da profissão deixa de ser mecânica, massificada e contínua, utilizando-se de métodos de trabalho que favorecem a individualização e a continuidade da assistência de Enfermagem, bem como do estudo crítico do atendimento que se presta (ALENCAR; DINIZ; LIMA, 2004).

O enfermeiro é um profissional indispensável onde é atribuída função de assistência, educação e administração. As atividades de competência e as funções da enfermagem têm ficado cada vez mais definidas pelos órgãos oficiais de legislação da profissão, percebendo-se a ênfase que se tem dado, por parte dos enfermeiros, à importância na documentação e registro do plano de cuidados ao cliente, inclusive exigido pela Lei do Exercício Profissional (ANDRADE, 2007).

De acordo com Hudak e Gallo (1997), o papel enfermeiro é obter a história do cliente, realizar exame físico, executar tratamento, aconselhando e ensinando a manutenção da saúde e orientando os enfermos para uma continuidade do tratamento e medidas.

Para Marx; Morita (2003, p.10):

A assistência ao paciente crítico e semi-crítico tem por finalidade o acolhimento humanizado, tratamento e cuidado ao cliente de alto risco, visando à estabilização da hemodinâmica e controle de sinais vitais para uma prevenção, utilizando-se de todos os recursos disponíveis para uma assistência eficiente, rápida e humana, proporcionando conforto e tranquilidade aos pacientes sob seus cuidados.

A SAE é uma forma de cuidar sistematizadamente, realizando uma análise qualitativa do cuidado prestado à obtenção de resultados desejados de uma maneira rentável. É sistemático por se constituir de etapas, durante as quais são dados passos deliberados para potencializar a eficiência e atingir resultados benéficos. Este processo sempre foi desenvolvido pelos enfermeiros como forma de prestar assistência ao cliente, sendo aperfeiçoado com o passar do tempo e atualizado a partir de estudos e bases científicas até os dias de hoje, quando foi introduzida esta nomenclatura (Sistematização da Assistência de Enfermagem), tendo se tornado obrigatório sua implementação nas instituições de saúde desde agosto de 2002, através da Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2002).

A SAE é baseada em princípios e regras aliado a todos esses atributos. O profissional conta com uma estrutura que compreende etapas como: histórico de enfermagem (entrevista e exame físico), diagnóstico de enfermagem, prescrição de enfermagem e evolução de enfermagem, destacando-se todas com fundamental importância o histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial de enfermagem, prescrição de enfermagem, prognóstico de enfermagem e os diagnósticos de enfermagem em pós operatório imediato de cirurgia cardíaca que de uma forma sistematizada de trabalho, vendo as necessidades básicas afetadas e o grau de dependência, que permitem direcionar o plano de cuidados conforme a necessidade do paciente (PICOLI; GALVÃO, 2001; GALDEANO; ROSSI, 2006).

Carpenito (2004) define diagnóstico como o estudo cuidadoso e crítico de algo, para a determinação de sua natureza. A questão não é se os enfermeiros devem diagnosticar, mas o que podem diagnosticar. O diagnóstico de enfermagem é visto como um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais. As etapas da SAE como do diagnóstico entre as outras proporcionam para enfermagem a base para a seleção das intervenções de enfermagem, visando a alcançar resultados pelos quais o enfermeiro é responsável.

Conforme Brunner; Suddarth (2000), os diagnósticos de enfermagem são problemas atuais potenciais do paciente passíveis de resolução pelas ações independentes da enfermagem.

Taxonômico Nanda é o tipo de classificação e estudo teórico das classificações sistemáticas, incluindo suas bases, princípios, procedimentos e regras. O trabalho do grupo teórico inicial na Terceira Conferência Americana e, subsequentemente, do comitê Taxonômico Nanda, gerou o início da estrutura conceitual para o sistema de classificação diagnóstica. Essa estrutura foi denominada Nursing Taxonomy, compreendendo novos padrões de respostas humanas. Em 2000, a North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) aprovou a nova TAXONOMY II, que possui 13 domínios, 106 classes e 155 diagnósticos (NANDA, 2005).

Com base em todo o exposto, bem como em razão da própria inquietação quanto a funcionalidade e empregabilidade do SAE nos serviços hospitalares a escolha por esse tema deve-se a observação da Sistematização na prática vivencial em razão dos hospitais pelos quais passei como técnica de enfermagem, observando o fato de que as intervenções nos pacientes que se submetem a procedimento cirúrgico necessitam de uma sistematização da assistência de enfermagem em pós-imediato de cirurgia cardíaca, sendo de suma importância para o paciente cirurgiado, começando com o acolhimento humanizado no leito, como também se observando as dificuldades enfrentadas para essa assistência sistematizada com a alta carga horária de trabalho do enfermeiro.

A desvalorização do profissional enfermeiro no ambiente hospitalar talvez seja o problema que mais desmotiva e afeta, deforma comprometedora, a enfermagem o não envolvimento dos profissionais em atividades de pesquisa, bem como o descompromisso por parte de alguns, e a falta de estímulo da instituição contribui diretamente nesta invisibilidade do enfermeiro (ANDRADE; VIEIRA, 2005).

Havendo a falta da assistência sistematizada, o não envolvimento dos profissionais de enfermagem assistência fica sem referência, passando cada um a desenvolver seu trabalho como melhor convier (ANDRADE; VEIRA, 2005).

A enfermagem não usa processo de enfermagem explicitamente porque não toma decisões com raciocínio clínico; não reorganizam as sugestões e análise dos dados diante de situações clínicas específicas; não há preocupação com a

qualidade dos registros referente à precisão do planejamento do cuidado, apesar de serem líderes da equipe de enfermagem e responsáveis pela assistência ao paciente (CUNHA; BARROS, 2005).

Percebe-se que quando uma das fases da SAE deixa de ser realizada, nenhuma enfermeira procura terminar a fase pendente para que o processo de enfermagem se cumpra coerentemente, oferecendo uma assistência de enfermagem descontinuada, tendo como função mais importante o planejamento à assistência e para isso é necessário levantar informações, problemas, executar ações e avaliar os resultados para assegurar a continuidade do cuidado (CUNHA; BARROS, 2005).

Assim, os fatores que dificultam a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem são: despreparo do pessoal, falta de interesse, tempo, quantidade de pessoal, de material insuficiente equipamento, falta de vontade por parte das chefias e da própria instituição favorecendo também falta conhecimento e compreensão teórica para executá-lo, sem apresentar tantas falhas e incoerências que tornem a assistência ineficaz no cuidado ao paciente (CUNHA; BARROS, 2005).

Muitas vezes, uma só enfermeira fica responsável por muitos pacientes em mais de uma unidade, tornando-se impossível à realização da prescrição de enfermagem. O envolvimento do enfermeiro com questões burocráticas e administrativas e a busca da resolução de problemas dos mais variados, sobrecarrega funções que não são de sua competência ou não precisariam ser. Todos esses atributos levam a não realização da Prescrição de Enfermagem como uma assistência sistematizada (PIVOTO; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2004; HERMIDA, 2004).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar de acordo com a literatura a contribuição da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca (RVM).

2.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os instrumentos utilizados na execução da SAE;
- Identificar as intervenções adotadas no pós-operatório de cirurgia cardíaca;
- Verificar os benefícios que se pode conseguir com o uso da SAE.

2.1.3. JUSTIFICATIVA

Esta pesquisa se justifica pela necessidade de uma sistematização da assistência organizada, tendo como foco principal o cliente atendido no pós operatório imediato de cirurgia cardíaca. Para identificação de subsídios para uma avaliação do paciente, considerados necessários para o planejamento da assistência de enfermagem no período considerado como crítico. Visto que a SAE quando empregada valoriza o profissional enfermeiro como também a beneficia o paciente assistido e instituição. sendo considerado um instrumento transformador das ações de implementada.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – SAE

A Sistematização da Assistência de Enfermagem trata-se de um processo dinâmico, organizado, planejamento e avaliativo das ações de enfermagem para qualificar e humanizar a assistência de enfermagem executada e direcionada para seres humanos. Por sua vez, ela necessita ser entendida como um meio auxiliar, e, em absoluto, substitui o conhecimento pessoal, a experiência, a habilidade ou o talento no relacionamento interpessoal, o desempenho, o comportamento ético, a sensibilidade a solidariedade implícita em seu desenvolvimento. O interagir-se com seres humanos, nenhuma ação instrumental, por mais aperfeiçoada que seja, pode estar desvinculada dos aspectos expressivos que lhe devem ser inerentes (GARCIA; NÓBREGA, 2000).

Portanto, a SAE é um instrumento de grande importância; um meio de recurso de que o enfermeiro dispõe para aplicar seus conhecimentos científicos, técnicos ao paciente e caracterizar sua prática profissional. O planejamento dos cuidados, traduzido na prescrição de cuidados de enfermagem, expressa, de forma organizada, os objetos diários da assistência a cada paciente, visando melhor qualidade na assistência. Constituindo-se em um passo importante para que as ações de enfermagem possam ser registradas e contabilizadas, representando um importante passo para a definição e valorização da enfermagem como profissão (PIVOTO; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2004).

A SAE é uma metodologia que busca, além da sistematização, a humanização da assistência, pois tem uma visão do paciente holisticamente, identificar suas necessidades e favorece seu bem-estar. Através da SAE há a possibilidade de maior valorização da enfermagem, que obtém melhor comunicação, organização e distribuição do tempo. Além disto, beneficia também o paciente, que é

visto de forma holística e individualizada, promovendo melhor relação paciente-enfermeiro (FRANÇA et al, 2007).

Vários estudiosos definem a SAE sendo a metodologia de assistência utilizada pelo enfermeiro para identificar os problemas de saúde reais e potenciais do paciente/família ou comunidade, no sentido de se constatar diagnósticos a partir da avaliação subjetiva e objetiva do paciente, para estabelecer as intervenções de enfermagem, em busca de respostas humanas positivas (CALIXTTO; CROZETA, 2009).

A SAE é o método preconizado para a implementação da assistência. Há uma tendência mundial em estabelecer como tripé da prática profissional o diagnóstico, as prescrições de cuidados e os resultados de sua implementação. Essa tendência caminha para a construção de taxonomias de enfermagem que organizam os fenômenos com os quais lidamos profissionalmente (DAMASCENO; SANTOS, 2009).

Na sistematização são ofertados conhecimentos para o planejamento, coordenação e avaliação das ações, priorizando o atendimento ao paciente. A SAE vem sendo discutida tanto pelos profissionais quanto pelos estudiosos e pesquisadores nos últimos anos, dando início a uma nova era na enfermagem, contribuindo para o desenvolvimento científico e profissional. As implicações atingem a profissão, dando visão ao trabalho no uso de uma linguagem padronizada, através da aplicação de classificações na prática profissional; para o paciente, oferecendo uma assistência individualizada, segura, através das intervenções e para o enfermeiro, valorização profissional e compromisso autêntico em seu fazer na enfermagem (CALIXTTO; CROZETA, 2009).

A SAE é uma atividade deliberativa, lógica e racional, por meio da qual a prática de enfermagem é desempenhada sistematicamente. Enquanto método para se organizar do ponto de vista do conhecimento específico da enfermagem, bases teóricas para a prática, de forma que esse conhecimento possa ser comunicado, testado e expandido (GALVÃO; SAWADA; ROSSI, 2002).

Desse modo, desenvolver tal corpo de conhecimento passa a ser visto como uma questão de vital importância para a sobrevivência e evolução da enfermagem e várias teóricas especialmente as norte-americanas, vêm desenvolvendo e

publicando, modelos/sistemas conceituais, teorias de enfermagem, em que selecionam e inter-relacionam, a partir de diferentes pontos de vista e conceitos que refletem a natureza e o espaço da profissão (CALIXTTO; CROZETA, 2009).

A elaboração da sistematização da assistência de enfermagem é um dos meios que o enfermeiro dispõe para aplicar seus conhecimentos técnico-científicos e humanos na assistência ao paciente e caracterizar sua prática profissional, colaborando na definição do seu papel, com suas atividades de competência e as funções da enfermagem têm ficado cada vez mais definida pelos órgãos oficiais de legislação da profissão, percebemos a ênfase que se tem dado, por parte dos enfermeiros, à importância na documentação e registro do plano de cuidados de saúde de sua clientela, inclusive exigido pela Lei do Exercício Profissional – Documentos Básicos de Enfermagem. Assim sendo, preciso encontrar soluções para desvincular as atividades de enfermagem de tarefas burocráticas alheias às suas atividades específicas e assegurar o exercício profissional centrado na assistência ao paciente (ESPERANDIO; ERVORA, 2002).

Para a implementação da SAE, é preciso seguir um referencial teórico, escolher entre as teorias a de melhor adaptação para o serviço de enfermagem e ao paciente. A teoria apresenta uma sistematização a ser seguida, norteando a assistência de enfermagem pela investigação, observação pelo planejamento. Terminologia encontra referência no Brasil e é conhecido na literatura internacional, como Processo de Enfermagem, conforme a teoria Wanda de Aguiar Horta.

3.1.2. O processo de enfermagem

O Processo de Enfermagem é uma base científica que dá sustentação às ações de enfermagem, sendo considerada uma forma sistemática de agir do enfermeiro para identificação, resolução de problemas junto aos pacientes. Representa e representará cada vez mais, à medida de sua implantação e implementação e tem como vantagens: a documentação de dados, o levantamento de problemas e elaboração das intervenções de enfermagem de forma sistemática elaborar uma linguagem comum de enfermagem que facilite a comunicação com o restante da equipe e desenvolver meios de avaliação da assistência prestada (HORTA, 1979).

No Brasil, as teorias de enfermagem nacionais iniciaram nos anos 70, com Wanda de Aguiar Horta, autora do processo de enfermagem, baseando na teoria das necessidades humanas básicas de Maslow.

Segundo Horta (1979), Maslow baseia sua teoria sobre a motivação humana nas necessidades humanas básicas em cinco níveis: 1) fisiológicas; 2) de segurança; 3) de amor; 4) de estima; 5) e de auto-realização. As necessidades básicas possuem características: são, universais, flexíveis, constantes, infinitas, inter-relacionadas, dinâmicas, resultantes do meio interno e externo.

No entanto, como forma de classificação das necessidades humanas básicas, Horta preferiu utilizar a denominação de João Mohana, classificando-as como necessidades de nível psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual (HORTA, 1979).

Consideram-se necessidades psicobiológicas as relacionadas ao corpo físico do indivíduo (oxigenação, alimentação, sono e repouso, dentre outras); necessidades psicoespiritual, aquelas que derivam dos valores e crenças dos indivíduos (maneira de encarar a doença, apoio espiritual, espaço para expressar suas crenças, dentre outros) e necessidades psicossociais (as relacionadas à convivência com outros seres humanos, na família, direito à privacidade, ao lazer e trabalho, dentre outras) (HORTA, 1979).

Há alguns conceitos sobre a função do enfermeiro, em três campos de atuação: a) área específica: assistindo o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas e tornando-o independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado; b) área de interdependência ou de colaboração: desempenhando a sua atividade na equipe de saúde, na busca pela manutenção, promoção e recuperação da saúde; c) área social: como um profissional a serviço da sociedade, vinculado à pesquisa, ensino e administração, com responsabilidade legal e de participação em associação de classe (HORTA, 1979).

Em busca de aperfeiçoamento, os planos de cuidados foram, gradativamente, sendo aprimorados, vinculando-se a estruturas conceituais para direcionamento das ações, organizando-se como um processo, e apresentando-se e diferentes etapas ou fases. Esse processo deve ser dinâmico, com as fases inter-relacionadas e interdependentes. Inicia-se sempre pela investigação, que inclui a coleta dos dados e a sua análise. Após, é realizado o levantamento de problemas e,

então, elaborado o diagnóstico de enfermagem. Por meio do diagnóstico, é efetuado o planejamento dos cuidados e implementando o plano, analisando-se a efetividade das ações, modificando-se ou não o planejamento (HORTA, 1979). O processo de enfermagem proposto por Wanda Horta está descrito em seis fases que se inter-relacionam.

3.1.2. Histórico de enfermagem

Inicia-se o histórico de enfermagem com um roteiro sistematizado para o levantamento de dados do ser humano, tornando possível a identificação de seus problemas. A entrevista necessita ser de forma informal para a coleta de informações durante a hospitalização. (HORTA, 1979).

O processo de enfermagem por ser preciso e objetivo, evita o desgaste emocional do paciente e perda de tempo do enfermeiro em questionar assuntos que não direcionarão para a solução dos problemas, através das intervenções de enfermagem específicas (HORTA, 1979, p. 42).

A entrevista deve contemplar os seguintes itens: a percepção e as expectativas (experiências prévias, sentimentos, problemas, preocupações e o que sabe sobre a sua doença); o atendimento das necessidades básicas (alimentação, hidratação, sono e repouso, cuidado corporal, recreação, além das espirituais); exame físico; problemas ou padrões de comunicação sobre as internações anteriores têm o objetivo de identificar se já existe alguma experiência prévia com internação hospitalar. A partir disso, serão fornecidas orientações sobre as rotinas do hospital, podendo ser desnecessário deter-se extensas histórias de patologia pregressas (HORTA, 1979).

A informação sobre as internações anteriores tem o objetivo de identificar se já existe alguma experiência prévia com internação hospitalar. A partir disso, serão fornecidas orientações anteriores sobre as rotinas do hospital, podendo ser desnecessário deter-se a extensas histórias de patologias pregressas. As informações sobre recreação e prática religiosa interessam à enfermagem somente em casos específicos, quando solicitado pelo próprio paciente (HORTA, 1979, p. 42).

3.1.4 Diagnóstico de enfermagem

Após a coleta de dados, o passo seguinte é a identificação dos problemas, através do diagnóstico de enfermagem.

Na aplicação do processo de enfermagem, observa-se que o enfermeiro encontra grande dificuldade em estabelecer o diagnóstico de enfermagem. Esta dificuldade tem se relatado e sentida nas instituições de saúde que já se aplicam em todas as suas fases (HORTA, 1979).

[...] verifica-se, entretanto, que este diagnóstico é de composição complexa e extensa, pois enumera as necessidades básicas que estão afetadas em natureza e extensão. Por esse motivo, estudam-se e investigam-se síndromes de enfermagem que mais concisamente incluirão a interligação de necessidades básicas comuns e sempre presentes em certas condições do ser humano (HORTA, 1979, p. 64).

Para Horta (1979), o diagnóstico é a declaração de um problema real e identifica a existência de um estado indesejável, detectado a partir de inferências sobre os dados coletados no histórico de enfermagem e exame físico, servindo de base para as intervenções e cuidados de enfermagem.

De acordo com Horta (1979), a partir dos problemas detectados, são elaborados protocolos visando ao estabelecimento de intervenções/cuidados de enfermagem direcionados para a sua solução. Para diminuir os entraves associados ao receio da interpretação dos dados e elaboração da linguagem diagnóstica incorretos, considerada como problema de enfermagem toda situação com risco real ou potencial de agravo à saúde.

O diagnóstico de enfermagem trata-se da “identificação das necessidades do ser humano que precisa de atendimento e a determinação pela enfermeira do grau de dependência deste atendimento em natureza” (HORTA, 1979, p. 35).

Guerreiro; Guimarães; Maria (2000) num estudo com o objetivo de identificar os diagnósticos de enfermagem mais comuns no perioperatório de cirurgia cardíaca, evidenciaram que no pré-operatório os diagnósticos encontrados surgem numa frequência relativamente semelhante, sendo eles: risco para infecção, medo e ansiedade, seguidos por alteração de conforto, déficit ou excesso eletrolítico ou de fluidos, risco para lesões diversas, risco respiratório.

No período transoperatório de cirurgia cardíaca foi identificado como mais comum o risco para infecção, seguindo por risco de hipotermia, déficit ou excesso de eletrólitos ou fluidos, risco para lesão tecidual e integridade de pele, medo, ansiedade e risco para diversas lesões. No período pós-operatório os diagnósticos

evidenciados foram alteração ao conforto, risco para infecção, risco para lesões, risco para alteração da temperatura, risco para diminuição do débito cardíaco, mobilidade física prejudicada, déficit para o auto-cuidado, distúrbio do padrão do sono, diversas, ansiedade e medo (GUERREIRO; GUIMARÃES; MARIA, 2000).

Rocha; Maia; Silva (2006) identificaram os diagnósticos de enfermagem no período perioperatório sem, no entanto, separá-la por fases; constataram que foram dois os diagnósticos considerados pela amostra como sendo os mais frequentes e que determinavam maior urgência de intervenção, a saber: o risco para lesão por posicionamento cirúrgico e o risco para infecção que o diagnóstico risco para lesão não possibilita visualizar as reais necessidades e determinar intervenções, por ser meio vago e abranger uma gama muito grande de possibilidades.

Rossi et al. (2000) identificaram os diagnósticos de enfermagem mais frequentes no pós-operatório imediato, na sala de recuperação; as categorias diagnósticas mais encontradas foram risco para lesão, risco para infecção, senso percepção alterada, risco para aspiração e integridade tissular prejudicada.

Picoli; Galvão (2001) investigando os diagnósticos de enfermagem na visita pré-operatória de pacientes cirúrgicos identificaram treze diagnósticos, bem como seu percentual de frequência, a saber: risco para infecção (100%); risco para função respiratória alterada (66,6%); ansiedade (66,6%); risco para aspiração (63,3%); risco para lesão por posicionamento perioperatório (60%); medo (30%); dor aguda (30%); ansiedade da família (26,6%); distúrbio no padrão do sono (16,6%); risco para transmissão de infecção (6,6%); risco para distúrbio na auto – imagem (6,6%); interação social prejudicada (6,6%); e finalmente dor crônica (3,3%).

Frente ao exposto, ressalta-se que os resultados evidenciados nos estudos mencionados sobre o risco para lesões diversas e, especificamente para as lesões de pele e tecidos, que surgem explicitamente ou implicitamente em todos os trabalhos. A pele, enquanto órgão corporal e barreira natural de proteção está sujeita a agravos no período perioperatório além da incisão cirúrgica (GALVÃO, 2002).

Galvão Sswada (2002) afirma que a prática baseada em evidências poderá contribuir para a mudança na prática de enfermagem e, especificamente, na enfermagem perioperatória possibilitaria o planejamento e implementação de intervenções que atendam as reais necessidades do paciente cirúrgico e seus

familiares, minimizando o medo, a ansiedade, os riscos e as complicações inerentes ao procedimento anestésico-cirúrgico.

Segundo Galvão e Sawada (2002) a implementação da prática baseada em evidências na enfermagem implica no desenvolvimento e na aplicação de resultados de pesquisa na prática profissional.

Galvão; Sawada (2002) sugerem como estratégia para a implementação da prática baseada em evidência na enfermagem, o desenvolvimento de projetos de pesquisas que abordem caminhos para auxiliar o enfermeiro na transferência de resultados de pesquisa para a prática assistencial, estudos que contemplem problemas clínicos vivenciados na prática cotidiana e a construção de recursos desta abordagem (revisão sistemática ou revisão integrativa), os quais têm finalidade de sintetizar as pesquisas disponíveis do tema investigado para direcionar a prática fundamentada em conhecimento científico.

O diagnóstico de enfermagem é complexo e envolve a capacidade profissional de interpretar o comportamento humano em face de eventos adversos (SALVIANO, 2007).

Na IX Conferência da NANDA realizada em 1990, foi aprovada a definição de diagnóstico de enfermagem como sendo:

[...] julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde; processos vitais reais ou potenciais. O diagnóstico de enfermagem constitui a base para a seleção das intervenções de enfermagem para o alcance dos resultados pelas quais o enfermeiro é responsável (NANDA, 2002, p. 20).

No Brasil, os diagnósticos de enfermagem propostos pela NANDA Começo a partir de 1990, no Instituto Dante Pazzanese (São Paulo), Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (Rio de Janeiro), entre outros e ambulatoriais como o Centro de Atendimento de Saúde Mental do estado da Paraíba (GARCIA; NÓBREGA, 2000).

Com a XIV Conferência da NANDA, ocorrida em abril de 2000, houve modificações na forma de organização e apresentação dos diagnósticos de enfermagem, surgindo assim a Taxonomia II, que foi projetada para ser multiaxial 38 na forma, aumentando a flexibilidade da nomenclatura e permitindo realizar

acréscimos e modificações, tornando-se mais adequada para a utilização em banco de dados (CRUZ, 1995).

Em conformidade com a NANDA (2008), os componentes estruturais dos diagnósticos de enfermagem são:

- **Título:** estabelece um nome para o diagnóstico. Descreve, de forma concisa, o que representa um padrão de indícios relacionados. Inclui a reação da pessoa avaliada durante a fase do histórico do processo de enfermagem e determina os resultados esperados na prevenção, minimização ou alívio do problema de saúde do cliente.
- **Definição:** estabelece descrição clara e precisa; delineia seu significado e ajuda a diferenciá-lo de diagnósticos similares. Exemplo: Fadiga é uma sensação opressiva e sustentada de exaustão e de capacidade diminuída para realizar trabalho físico e mental no nível habitual.
- **Características Definidoras:** indícios / inferências observáveis que se agrupam como manifestações de um diagnóstico de enfermagem real ou de bem-estar. É a evidência que levou a concluir que o problema existe. Podem ser descritas como “evidenciados por” ou “caracterizados por”. Exemplos: cansaço, aumento das necessidades de repouso, ansiedade, condição física debilitada.
- **Fatores de Risco:** fatores ambientais e elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos ou químicos, que aumentam a vulnerabilidade de um indivíduo, uma família ou uma comunidade a um evento insalubre. Exemplos: doença crônica, mudanças na vida, depressão.
- **Fatores Relacionados:** fatores que parecem mostrar algum tipo de relacionamento padronizado com o diagnóstico de enfermagem. Podem ser descritos como “antecedentes de”, “associados a”, “relacionados a”, “contribuintes para” ou “estimuladores”. Apenas diagnósticos reais possuem fatores relacionados, como a etiologia do “problema”, e podem ser de natureza fisiológica, psicológica, sociocultural, ambiental e espiritual. Estes sugerem as intervenções que podem ser apropriadas ao manejo dos cuidados do cliente. Exemplo: condição física debilitada, má nutrição.

Torna-se necessário, portanto, que o enfermeiro identifique os problemas de saúde a partir de características definidoras que subsidiem a assistência prestada, e que relacione o diagnóstico aos fatores causais, tornando-se também apto a reconhecer as situações que aumentam a vulnerabilidade do cliente.

Cruz (1993) afirma que é por meio da estratégia de pensamento clínico que se chega a um julgamento. O enfermeiro, com base na sua experiência, conhecimento e valores profissionais avalia a significação e a acurácia das informações sobre o seu cliente, estabelece as relações entre os dados e nomeia o fenômeno, ou seja, elabora o diagnóstico de enfermagem.

Cruz (1995) e Gordon (1994) afirmam que a credibilidade sobre a prática de enfermagem repousa, principalmente, sobre as atividades resultantes de diagnósticos. A partir da determinação de um diagnóstico, o enfermeiro tem a obrigação ética e legal de fazer a prescrição e de implementar os cuidados de enfermagem correspondentes.

Assim, os estudos sobre diagnósticos de enfermagem e sua implementação foram responsáveis pelo advento e desenvolvimento do julgamento clínico, ou seja, o julgamento que o enfermeiro faz sobre a situação do indivíduo, família e comunidade fundamentados nos dados significativos para a enfermagem. A prática reflexiva habilita o enfermeiro a rever seus conceitos, seus julgamentos e suas ações, levando-o a mudanças na atividade clínica.

Os diagnósticos de enfermagem da NANDA são considerados úteis para a realização das atividades práticas e clínicas dos enfermeiros e contribuem para viabilizar a SAE, uma vez que permitem a identificação desses problemas reais ou potenciais do cliente, visando ao restabelecimento e à promoção da saúde.

A estrutura atual contém 7 eixos ou dimensões da resposta humana que devem ser considerados no processo de diagnóstico de enfermagem, como citado por NANDA (2008):

1. **Eixo 1:** Conceito de diagnóstico.
2. **Eixo 2:** Sujeito do diagnóstico (indivíduo, família, comunidade).
3. **Eixo 3:** Julgamento (prejudicado, ineficaz).
4. **Eixo 4:** Localização (vesical, auditiva, cerebral).
5. **Eixo 5:** Idade (bebê, criança, adulto).
6. **Eixo 6:** Tempo (crônico, grave, intermitente).

7. Eixo 7: Situação do diagnóstico (risco real, do bem-estar, de promoção da saúde).

Nessa estrutura multiaxial estão organizados e aprovados 187 diagnósticos de enfermagem, distribuídos em 13 domínios (esfera de atividade, estudo ou interesse) e 47 classes (subdivisão de um grupo maior; uma divisão de pessoas ou coisas por qualidade, grau ou categoria) (NANDA, 2008).

3.1.5 Plano assistencial de enfermagem

O Plano Assistencial de Enfermagem é um planejamento da assistência de caráter global. Evoluindo com as ações de encaminhamento, supervisão, orientação, ajuda e execução de intervenções/cuidados de enfermagem, constituindo-se na somatória de todas as ações desenvolvidas pela equipe de enfermagem no atendimento ao paciente hospitalizado (HORTA, 1979). A teoria das Necessidades Básicas Humanas é utilizada como um sistema de classificação, de acordo com o grau de dependência da assistência de enfermagem pelo paciente, porém, houve o entendimento de que o Plano Assistencial de Enfermagem tem pouca influencia na totalidade do processo de enfermagem (HORTA, 1979).

O período pós-anestésico deve ter como objetivo garantir uma recuperação segura, prevenindo detectando e atendendo às complicações que possam advir do ato anestésico cirúrgico. Embora o alcance desse objetivo esteja relacionado às situações que envolvem o paciente no período perioperatório como um todo, cabe ao centro de recuperação pós-anestésica reunir recursos suficientes que assegurem a qualidade da assistência de enfermagem no período pós-operatório imediato, a determinação da qualidade e da quantidade de recursos materiais (ROSSI et al. 2000).

A continuidade da assistência iniciada com a visita de enfermagem deve ser obtida pelo planejamento e implementação da assistência no período trans-operatório, compreendendo a avaliação pré-operatória, trans-operatória, e a pós-operatória de enfermagem (PICOLI; GALVÃO, 2001).

Assistência ao paciente cirúrgico coincide com a seriedade com que o mesmo deve ser avaliado, ou seja, como um paciente em estado crítico, razão pela qual a equipe de enfermagem precisa dispor de informações corretas e pertinentes

do período perioperatório e, mais especificamente, da assistência enfermagem prestada ao paciente na unidade de recuperação (REDA; PENICHE, 2008).

O registro dos dados é fundamental neste processo, pois promove continuidade da assistência, a exatidão das anotações e o pensamento crítico, uma vez que o enfermeiro poderá fazer uma avaliação de suas informações e aprofundar seus conhecimentos (REDA; PENICHE, 2008).

Para facilitar o registro podem-se elaborar instrumentos, porém estes devem obter informações específicas e relevantes em relação ao paciente, estar embasado em um referencial teórico, ser organizado para facilitar a interpretação dos dados, ser prático para a sua utilização oferecer continuidade nas unidades envolvidas com assistência (REDA; PENICHE, 2008). Os cuidados que o paciente necessita durante o período pós operatório constituem um desafio devido as alterações fisiológica complexas que ocorrem nessa fase para avaliar o estado do paciente pós-operatório a enfermagem baseia se nas informações vindo do período pré-operatório assim como o conhecimento do tipo de cirurgia da anestesia (BAGGIO; etal 2001).

Possari (2006) afirma que a SRPA é uma área destinada aos pacientes submetidos a qualquer procedimento anestésico-cirúrgico, onde permanece até a recuperação da consciência, normalização dos reflexos e dos sinais vitais, sob a monitorização e cuidados constantes das equipes de enfermagem e médica.

Cunha; Peniche (2007) ressaltam que a SRPA é uma unidade que possui instabilidade e alta rotatividade e, para que a assistência de enfermagem ao paciente ocorra de forma efetiva são necessárias ações rápidas, para evitar complicações, assim como registro correto destas ações, em instrumentos apropriados, para garantir uma continuidade dos cuidados iniciados.

A primeira ação assistencial acontece na admissão do paciente, quando são passadas informações referentes ao período intra-operatório pelo anestesista e circulante da sala operatória para o responsável pela SRPA, tais como a cirurgia e anestesia realizadas, drogas utilizadas, intercorrências no trans-operatório, estado geral do paciente, sinais vitais, existência de alergias e sensibilidades, existência de prescrições médicas a serem executadas imediatamente e unidade de origem ou domicílio (SOBEC, 2007).

O fornecimento das informações referentes ao período intra-operatório do paciente é realizado adequadamente pelo anestesista e em alguns momentos pelo

circulante da sala, dando ênfase na analgesia feita na sala de cirurgia e nos cuidados com os efeitos anestésicos. Estas informações precisam ser fornecidas à admissão na SRPA, pois a incidência de complicações no pós-operatório imediato está geralmente associada a condições clínicas pré-operatórias, tipo de cirurgia e anestesia.

A prevenção de complicações neste período promove rápida convalescença, evita infecções hospitalares, poupa tempo, reduz gastos, preocupações, ameniza a dor e aumenta a sobrevida do paciente (PASSARI, 2003).

Assim, a assistência direta neste período é considerada uma ação essencial tendo em vista ser um período crítico, caracterizado por alterações fisiológicas referentes ao ato anestésico-cirúrgico. As principais necessidades humanas básicas afetadas do paciente, segundo Horta (1979), são as necessidades fisiológicas e de segurança, nas quais devem ser focados os sinais gastrointestinais, circulatórios e renais, controle da dor, retorno sensor e motor das áreas afetadas pela anestesia, integridade cutânea, balanço hídrico, eliminações e a proteção do paciente em relação aos medicamentos e quedas. Este fato se dá devido ao elevado grau de dependência do paciente que se encontra ainda sob efeito de drogas anestésicas (GALVÃO; SAWADA, TREVISON, 2003).

Além destas necessidades humanas básicas afetadas, assim que o efeito anestésico é metabolizado no organismo do paciente, aparecem as necessidades de amor, de estima e de auto-realização. Neste sentido, quando o paciente está acordando, estas necessidades se afloram e os profissionais atuam com o objetivo de amenizá-las através do diálogo, do afeto e do cuidado em si (GALVÃO; SAWADA, TREVISON, 2003).

Trentini (2004) relata que a comparação entre os sinais vitais auxilia avaliar clinicamente o paciente, constituindo um importante método para o acompanhamento de um diagnóstico. Frente aos parâmetros apresentados pelo paciente, o profissional deve visar seu bem-estar e ter ações que promovam sua normalização. Outra forma utilizada para analisar a evolução do paciente em recuperação anestésica cirúrgica é o diálogo direto com o paciente, estimulando-o e avaliando seu estado neurológico e retorno sensório-motor das áreas afetadas pela anestesia.

Assim, o questionamento sobre a presença de dor, náuseas, frio, eliminação vesical, permite a realização de medidas cabíveis para a resolução de intercorrências que diminuam o risco de infecção e preservem a integridade cutânea do paciente. Sendo assim, os curativos das incisões e drenos são visualizados frequentemente e quando há necessidade são trocados. Um aspecto notado foi a falta de controle e registro dos soros administrados como também o balanço hídrico, uma vez que o objetivo do balanço hídrico é facilitar o cálculo do balanço calórico do paciente, através da soma de líquidos infundidos com líquidos ingeridos e posterior diminuição dos líquidos eliminados. Este cálculo é de extrema importância, principalmente nos pacientes em pós-operatório imediato, pois as drogas anestésicas reduzem a atividade metabólica, podendo (TRENTINI, 2004).

A comunicação é imprescindível na assistência de enfermagem, não importa o setor em que é realizada. Existem diversas formas de se comunicar, sendo uma delas o registro/documentação da assistência que é observada e realizada. A documentação, além de facilitar a comunicação entre os membros da equipe de saúde, promove a continuidade da assistência, reflete o plano de cuidados e serve como um registro legal do cuidado fornecido (HORTA, 1979).

TANNURE (2008) diz que a análise do índice de estabilidade dos sinais vitais é fundamental. Lembrando que, além disso, o paciente deverá apresentar um padrão respiratório e cardiovascular eficazes, presença de reflexo glossofaríngeo, retorno do nível de consciência e função senso motora, ausência ou diminuição da dor, ausência de sangramentos intensos em ferida operatória, sondas ou drenos.

Ao encaminhar o paciente à unidade de destino são instalados e identificados os primeiros soros da prescrição médica e fornecida por telefone a evolução do paciente na SRPA para o enfermeiro. Neste momento, sentimos falta de um instrumento que registras se as condições reais de alta do paciente, pois, sabemos que além de promover a continuidade da assistência, não se perderiam dados relevantes do paciente neste período de transferência de uma unidade para a outra (TANNURE, 2008).

3.1.6 Prescrição de enfermagem

A Prescrição de Enfermagem "é o roteiro diário (ou aprazado) que coordena a ação da equipe de enfermagem nos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas e específicas do ser humano [...]" (HORTA 1979, p. 66). A prescrição de enfermagem deverá ter como base os cuidados prioritários, mesmo que estes não estejam escritos; poderá existir uma folha somente para a prescrição de enfermagem ou se usa a própria folha de prescrição médica, desde que seja norma estabelecida pela instituição.

Desse modo, pode-se considerar que:

A prescrição de enfermagem é um método de comunicação de informações importantes sobre o paciente, concebida para promover cuidados de qualidade, através da facilitação do cuidado individualizado e da continuidade deste mesmo cuidado, constituindo-se, além disso, num mecanismo para a avaliação da assistência prestada (LUNARDI FILHO, 1997, p. 65).

A prescrição de enfermagem é um conjunto de medidas, preferentemente, decididas pelo enfermeiro, enfermagem, direcionadas à assistência do paciente, de maneira individualizada, exigindo a aproximação do enfermeiro ao paciente, uma vez que tanto a entrevista quanto a clínica como o exame físico são necessários para a detecção de problemas prévios, oportunizando o estabelecimento dos objetivos da assistência e prioridades na solução dos problemas, contemplando o planejamento de cuidados e ações específicas para alcançá-los, executando ou supervisionando sua execução, com posterior avaliação dos resultados (COREN, 2002).

Quanto às características, a prescrição precisa ser concisa, clara e específica. Quando for prescrita mudança de decúbito, deverão ser explicadas as posições indicadas com os respectivos horários; assim também serão indicados os locais para a injeção intramuscular, obedecendo ao rodízio, quando assim for necessário. As prescrições deverão ser chegadas, quando realizadas. Sempre que necessário será feita e anotada a observação referente à avaliação do cuidado prestado (HORTA, 1979, p. 67).

A característica de ser a prescrição de enfermagem uma orientação escrita dos cuidados a serem prestados para a resolução dos problemas prioritários de determinado paciente constitui um registro das ações de enfermagem e também um

meio de informação acessível a toda equipe de saúde sobre as necessidades de saúde do paciente (PIVOTO; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2004).

Um plano de cuidados, operacionalizado sob a forma de prescrição de cuidados de enfermagem, serve de guia para orientar as atividades de enfermagem, na direção da satisfação das necessidades de saúde do paciente, além de se constituir em orientador para a documentação das anotações do enfermeiro. Por outro lado, (...) pode ser utilizado como um instrumento de comunicação entre os enfermeiros e outros membros da equipe de cuidados de saúde e deve estar prontamente disponível para todos os envolvidos no cuidado com o paciente, servindo como elemento de auxílio à avaliação da eficácia dos cuidados prestados. Uma vez que se constitui em guia para a orientação do cuidado com o paciente, ele deve conter informações atuais. Daí, ser essencial que todos os componentes do plano de cuidados de enfermagem sejam freqüentemente atualizados, problemas solucionados, resultados e intervenções que não tenham mais valor sejam revisados e/ou eliminados (LUNARDI FILHO, 1997, p. 66).

Dessa forma, parte-se do princípio de que todas as intervenções/cuidados de enfermagem prescritos são prioritárias, porque dizem respeito à situação que envolve a saúde do ser humano, embora seja dada prioridade àqueles procedimentos de caráter urgente ou emergencial (HORTA, 1979).

3.1.7. Evolução de enfermagem

"A evolução de enfermagem é um relato diário das mudanças sucessivas que ocorrem no ser humano, enquanto estiver sob assistência profissional" (HORTA 1979, p. 67).

Horta apresenta algumas características necessárias de serem contempladas por uma evolução de enfermagem.

Anotar inicialmente a avaliação global do plano de cuidados (prescrição de enfermagem), os dados subjetivos seguidos pelos dados objetivos. Se for identificado um novo problema de enfermagem, avaliar se é sintoma das necessidades já identificadas ou surgimento de uma nova necessidade a ser diagnosticada. "A redação deve ser clara, sucinta, evitar a mera repetição das observações já anotadas na avaliação dos cuidados específicos no plano de cuidados (prescrição de enfermagem)" (HORTA, 1979, p. 67).

A evolução promove subsídios para a avaliação da assistência prestada ao cliente em cada turno de trabalho. Deve ser iniciado colocando as queixas do cliente, depois as informações observadas pelo enfermeiro e as intercorrências durante a realização dos procedimentos esse tipo de procedimento tem se mostrado bastante eficaz na prática diária (HORTA, 1979).

Da evolução poderão vir mudanças na prescrição de enfermagem para melhorar a assistência prestada ao paciente e conseqüentemente, elevar o nível de atendimento, fornecendo dados para a supervisão de toda a equipe de enfermagem (HORTA, 1979).

3.1.8 Prognóstico de enfermagem

O Prognóstico de Enfermagem tem a capacidade de indicar as condições que o paciente atingiu na alta médica, em relação ao grau de dependência. Um bom prognóstico é aquele que leva ao auto-cuidado, portanto, à independência total. Trata-se da estimativa da capacidade do ser humano em atender às suas necessidades básicas, após a implantação e implementação do plano de cuidados e à luz dos dados fornecidos pela evolução de enfermagem. Um meio de avaliação do processo em si, pois mede todas as fases e chega a uma conclusão (HORTA, 1979).

4. O CORAÇÃO E SUAS DISFUNÇÕES CORONÁRIAS E ARTERIOSCLEROSE

O funcionamento do corpo humano está intimamente ligado ao coração, órgão que desempenha uma função fundamental para a manutenção da vida, função de bomba injetora de sangue arterial, oxigenado para todos os órgãos do corpo (TORTORA, 2002).

De acordo com Tortora (2002) anatomicamente, o coração pode ser caracterizado como um órgão oco, situado no mediastino, entre os dois pulmões e que se contrai ritmicamente. Sua constituição se dá pelo conjunto de três túnica, sendo elas, de fora para dentro, o pericárdio, o miocárdio e o endocárdio.

O miocárdio forma o coração propriamente, sendo este revestido externamente por uma fina membrana, o epicárdio, e interiormente por uma outra

membrana delgada, o endocárdio. O conjunto destas três túnicas fica protegido dentro de um saco fibroso, denominado pericárdio parietal (TORTORA, 2002).

Internamente, o coração é dividido em quatro cavidades, sendo duas superiores – átrios – e duas inferiores – ventrículos. Entre as cavidades superiores e inferiores existem orifícios denominados óstios atrioventriculares; entre os átrios encontramos os septos interatrial e entre os ventrículos encontramos o septo interventricular (TORTORA, 2002).

De acordo com Hudak e Gallo (1997), sabemos que o miocárdio é irrigado por duas artérias coronárias, a esquerda e a direita. A esquerda se divide em dois grandes ramos: a artéria descendente anterior esquerda, que dá origem às artérias diagonais e septais, e a artéria circunflexa esquerda, da qual se originam os ramos marginais. Estas artérias percorrem a superfície externa dos ventrículos e dão origem a numerosos ramos, os quais se dividem por toda a extensão do coração, com o objetivo de levar sangue oxigenado ao mesmo, para que este tenha energia suficiente para desempenhar seu papel de “bomba”.

Estas artérias são as únicas fontes de oxigenação do miocárdio. Sendo assim, qualquer falha em seu funcionamento pode provocar problemas na função do coração. A principal doença das artérias coronárias é a aterosclerose, doença degenerativa que atinge a camada íntima das artérias, em especial das artérias coronárias.

Esta doença ocorre por um processo no qual existe uma deposição de placas, normalmente de substâncias gordurosas, ao longo da camada interna dos vasos, levando, progressivamente, ao estreitamento da luz dos mesmos. Quando este estreitamento chega a um grau II (50% da luz do vaso está obstruída) começam a surgir os problemas cardíacos (MELTZER, 2000).

Para melhor entender, podem se dividir a obstrução coronária em grau I, quando a obstrução é igual ou inferior a 25%; grau II, quando a obstrução atinge cerca 22%

(MELTZER, 2000). diz que (à medida que as artérias coronárias vão se estreitando, os pequenos ramos destas artérias vão aumentando de diâmetro ou surgem novos ramos que vão mantendo um adequado suprimento sanguíneo do miocárdio) (MELTZER, 2000).

As doenças cardiovasculares têm se apresentando, nas últimas décadas, em grandes proporções, sendo uma das principais causas de morbidade e mortalidade, tanto nos países desenvolvidos e desenvolvimento (LUTOFO, 1998).

A cirurgia cardíaca é realizada como tratamento da doença isquêmica do coração sendo o tipo mais prevalente quando o doente apresenta uma probabilidade de vida maior com o tratamento cirúrgico do que com o tratamento clínico. Existindo três tipos de cirurgia cardíaca: as corretoras, como as de fechamento de canal arterial, de defeito de septo atrial e ventricular, as reconstrutoras, revascularização do miocárdio, plastia de valva aórtica, mitral ou tricúspide, e as substitutivas, como as trocas valvares e transplantes (GALDEANO; ROSSI, 2006).

O tipo mais comum de cirurgia cardíaca reconstrutora é a de revascularização do miocárdio (RVM), onde há uma anastomose com a coronária distal de forma que isola o local obstruído restabelecendo a perfusão da artéria coronária. Esse tipo de cirurgia tem a finalidade de aliviar a angina e preservar a perfusão do miocárdio (GALDEANO; ROSSI, 2006).

Peniche; Morais (2003) e Picoli; Galvão (2001), em seus estudos ressaltam a importância da assistência de enfermagem no pré-operatório e no trans-operatório dando continuidade a assistência pós-operatória imediata indicando uma linguagem única entre toda a equipe de enfermagem através dos registros realizados no pré-operatório, continuando-se com uma assistência desenvolvendo ações contínuas.

Bianchi (1983 apud PENICHE; MORAIS, 2003) ressalta a necessidade de haver uma comunicação adequada e eficiente, permitindo que a assistência iniciada no período pré-operatório seja continuada no período transoperatório e possa prosseguir no período pós-operatório. Ressalta, ainda que esse meio de comunicação deve ser único, com registro fidedigno à situação e de fácil acesso à equipe de saúde.

Para Peniche; Morais (2003) e Atzingen; Schmidt; Nonino (2008) afirmam que o período de pós-anestésica caracteriza-se por alterações fisiológicas que são, basicamente, inconsciência e depressão cardiorrespiratória em pacientes que recebem anestesia geral. Neste período o paciente é considerado como crítico havendo uma necessidade específica por parte da enfermagem para uma assistência sistematizada crítica, razão pela qual deve existir a assistência de enfermagem documentada, o que garantirá segurança e cuidados específicos que,

se implementados podem impedir a ocorrência de complicações, podendo ser ou não revertidas dependendo como quando estas se instalarão.

O período conhecido como pós-operatório imediato que se inicia após o término da cirurgia até as primeiras 24 horas. Após isso chama-se período mediato se desenvolve por um período variável até o dia da alta hospitalar. Sua duração nas cirurgias de menor porte é geralmente curta e estende-se por cerca de 2 a 4 dias. Nas grandes cirurgias ele pode prolongar-se por 1 semana até 10 dias. E, por fim, vem o período pós-operatório tardio que sucede o anterior e se estende por 1 a 2 meses, até a completar cicatrização das lesões ou a fase de ganho ponderal (PENICHE; MORAIS, 2003).

Segundo Bogossian (1995 apud PENICHE; MORAIS, 2003), o período pós-operatório compreende imediato o momento em que o paciente sai da sala de operações até o retorno às suas atividades normais. Sua duração é variável, pois depende do tipo de intervenção cirúrgica e das condições fisiológicas do paciente.

As unidades pós-operatórias de cirurgia cardíaca são caracterizadas como centro de terapia intensiva. O objetivo dessas unidades especializadas é promover o cuidado aos pacientes depois do ato anestésico-cirúrgico (GÓIS; DANTAS, 2004).

4.1.1 PÓS-OPERATÓRIO E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Antes de falar sobre o pós-operatório propriamente dito, é necessário fazer menção as etapas que precede o trans e o pós-operatório. Imaginemos que pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, no que se reporta de recuperação operatória no período pós imediato tende a considerar que o tempo da anestesia, e da cirurgia induz um pré conceito quanto ao medo da morte. (DANTAS, MAROSTI 2005).

Nesse sentido os cuidados de enfermagem desenvolvidos pelos profissionais que atuam em UTI visam atender aos pacientes cardíacos e detectar precocemente complicações decorrentes do seu estado clínico, promovendo restabelecimento hemodinâmico do doente e o favorecimento da sua recuperação. (DANTAS, MAROSTI, 2005).

Segundo Dantas e Marosti (2005) quando o paciente chega ao CTI é seguida uma rotina para seu recebimento. A equipe centraliza suas ações a fim de

promover e estabelecer padrões fisiológicos do doente assistido com cuidados no sistema de respiração artificial, colocação observações nos drenos torácicos drenos, no sistema de drenagem, coleta de exames complementares, entre outras ações, que tem como objetivo e detectar possível intercorrências no pós operatório imediato. A preocupação em executar as rotinas de monitorar todas as funções vitais do paciente submetido a cirurgia cardíaca absorve a atenção da equipe de saúde que visa, em suas ações de restaurar o equilíbrio homeostático do paciente, privilegiando os aspectos biológico, psicossociais e psicoespirituais.

Percebe-se que as atividades diárias realizadas pela equipe são muitas vezes desempenhadas seguindo um esquema frio e impessoal, mecanizando a assistência dispensada. O paciente a todo tempo é monitorizado, através de aparelhos e da observação intensiva dos profissionais, porém, nem sempre ele é visto, abrangendo toda a extensão da palavra. Ou ainda, suas atitudes de desespero e inquietação são algumas vezes avaliadas de forma pontual, fora de todo esse contexto que envolve o antes, o durante e as perspectiva de futuro que cada um criou pra si.

De acordo com Dantas e Marosti (2005) durante o período em que o paciente permanece na unidade especializada ele é constantemente abordado por médicos, por membros da equipe de enfermagem, por fisioterapeuta; todos desenvolvendo ações visando a sua recuperação. Todavia, para o doente, essa dinâmica pode ser considerada estressante.

No pré-operatório de cirurgia cardíaca o paciente deve ser adequadamente orientado e ter suas dúvidas esclarecidas, é o momento em que algumas situações inerentes ao procedimento anestésico-cirúrgico poderão ser comentadas, porém, a literatura ressaltada que as complicações pós-operatórias não necessitam ser mencionadas ou podem ser minimizadas (BAGGIO; TEIXEIRA; PORTELLA, 2001).

A seguir contextualizar o processo pós-operatório produto de estudo desta pesquisa.

As unidades pós-operatórias de cirurgia cardíaca são caracterizadas como centro de terapia intensiva. O objetivo dessas unidades especializadas é promover o cuidado aos pacientes depois do ato anestésico-cirúrgico. Segundo Gois e Dantas (2004); e de acordo com Haddad e Alcantar (2005); as Unidades pós-operatórias de Cirurgia Cardíaca são frias e pouco humanizadas.

O pós-operatório imediato, segundo Smeltzer e Bare (2005), tem seu início na SRPA-Setor de Recuperação Pós-Anestesia, onde paciente é admitido após o término da cirurgia, ainda sob efeito da anestesia e termina com a sua alta. Sendo assim, a fase operatória é considerada crítica e complexa, na qual o indivíduo necessita de assistência de enfermagem individualizada e sistematizada acarretando na criação da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP).

Possari (2006) afirma que a SRPA é uma área destinada aos pacientes submetidos a qualquer procedimento anestésico-cirúrgico, onde permanece até a recuperação da consciência, normalização dos reflexos e dos sinais vitais, sob a monitorização e cuidados constantes das equipes de enfermagem e médica.

Reda; Peniche (2008) ressaltam que a SRPA é uma unidade que possui instabilidade e alta rotatividade e, para que a assistência de enfermagem ao paciente ocorra de forma efetiva são necessárias ações rápidas, para evitar complicações, assim como registro correto destas ações, em instrumentos apropriados, para garantir uma continuidade dos cuidados iniciados.

O registro dos dados é fundamental neste processo, pois promove a continuidade da assistência, a exatidão das anotações e o pensamento crítico, uma vez que o enfermeiro poderá fazer uma avaliação de suas informações e aprofundar seus conhecimentos. Para facilitar o registro podem-se elaborar instrumentos, porém estes devem obter informações específicas e relevantes em relação ao paciente, estar embasado em um referencial teórico, ser organizado para facilitar a interpretação dos dados, ser prático para a sua utilização e oferecer continuidade nas unidades envolvidas com a assistência (TANNURE, 2008).

Segundo Reda e Peniche (2008) cabe, entre as atribuições do Enfermeiro de UTI, a manutenção e recuperação da saúde do cliente e da comunidade. Devendo ser desenvolvido pelo enfermeiro com base nos conhecimentos técnicos e científicos inerentes à profissão.

Para sua aplicação, faz-se necessária a adoção de uma ou mais teorias de enfermagem que fundamentarão a prática da assistência de enfermagem, sua implementação exige do enfermeiro interesse em conhecer o paciente como um indivíduo, utilizando para isso seus conhecimentos e habilidades, além de orientação

e treinamento da equipe de enfermagem para a execução das ações sistematizadas (REDA; PENICHE, 2008).

Reda e Peniches (2008) expõem que a sistematização se faz ou deve se fazer presente nas diversas unidades de uma instituição, contudo se acentuam em terapia intensiva e centro cirúrgico pelas próprias características destas unidades. Acredita-se que, a ausência de informações nos prontuários, aumenta-se a lacuna e as unidades de internação, com prejuízos para a equipe de enfermagem e, principalmente, para o paciente (REDA; PENICHE, 2008).

Nesse sentido a importância do registro é crucial. De acordo com Reda e Peniches (2005), o registro correto, em um instrumento dos parâmetros clínicos do paciente em recuperação pós-anestésica parece ser uma forma que auxilia o preenchimento deste vazio existente. Assim, a avaliação dos dados oferecidos por um instrumento de registro utilizado na unidade de recuperação pós-anestésica, verificou-se que estes subsidiaram o planejamento da assistência de enfermagem (REDA; PENICHE, 2008).

No período pós-operatório imediato falta entrosamento entre as equipe de enfermagem das unidades envolvidas com a assistência ao paciente cirúrgico, no período pós-operatório, isto é, entre as enfermeiras das unidades de recuperação pós-anestésica e das clínicas cirúrgicas (REDA; PENICHE, 2008).

Recuperação pós-anestésica processo de enfermagem na assistência ao paciente cirúrgico coincide com a seriedade com que o mesmo deve ser avaliado, ou seja, como um paciente em estado crítico, razão pela qual a equipe de enfermagem precisa dispor de informações corretas e pertinentes do paciente, mais especificamente, da assistência de enfermagem prestada ao paciente na unidade de recuperação pós-anestésica (REDA; PENICHE, 2008).

Para que se obtenha um cuidado de enfermagem adequado às exigências de um cliente em estado crítico, é preciso uma estrutura organizacional específica, tanto em relação aos cuidados humanos quanto aos recursos físicos e materiais (BITTAR; PEREIRA; LEMOS, 2006).

Para o cliente de (UTI) a situação instável, a assistência de enfermagem sistematizada é ainda mais necessária, pois facilitará o domínio apurado da técnica, conciliando-o com um cuidado humanizado e holístico. Quanto maior o número de necessidades afetadas do cliente, maior é a necessidade de se planejar assistência,

uma vez que a sistematização das ações visa à organização, à eficiência e à validade da assistência prestada (BITTAR; PEREIRA; LEMOS, 2006; HADDAD; ALCANTAR; PRAES, 2005; PEREIRA; BUENO, 1997).

Bittar; Pereira; Lemos (2006) afirmam que assistência de enfermagem deve ser qualificada e especializada, independente dos mecanismos tecnológicos utilizados serem cada vez mais avançados e capazes de tornar mais eficiente o cuidado prestado ao paciente em estado crítico. Vendo que a recuperação dos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca é de muita complexidade e ao mesmo tempo exige um cuidado especial no atendimento. Por maior que seja o número de necessidades apresentada pelo paciente (BITTAR; PEREIRA; LEMOS, 2006).

"A pessoa em sofrimento espera que um enfermeiro apresente os meios e as estratégias para seu conforto, segurança e cura, além de ajudá-lo na experiência que está vivendo" (LEOPARDI, 2006, p. 167).

"Esta perspectiva envolve uma relação não hierárquica, na qual a meta é a autonomia da pessoa. Para tanto, o enfermeiro articula seu conhecimento com a filosofia adotada, o que exige preparação educacional constante" (LEOPARDI, 2006, p. 167).

Haddad; Alcantar; Praes (2005) colocam que a assistência realizada para este doente requer a atuação integrada de diversos profissionais que são de suma importância para o atendimento do paciente ao paciente pós-cardíaco.

Os problemas que afetam os pacientes submetidos à cirurgia cardíaca estão relacionados ao desempenhado pelo o coração, fazendo com que esse tipo de cirurgia seja vivenciado como uma experiência única, qualitativamente diferente de qualquer outro procedimento médico conhecido (HADDAD; ALCANTAR; PRAES, 2005).

Haddad; Alcantar; Praes (2005) garantem que as necessidades fisiológicas afetadas mais encontradas nos pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca são conforto, repouso e sono, alívio de dor, manutenção do equilíbrio hidroelétrico, regulação da temperatura, eliminação urinária, movimento, exercícios, alimentação e evacuação.

Ainda conforme os autores além das necessidades psicossociais foram detectados, em seus estudos, manifestações das necessidades de segurança, auto-estima, controle e prevenção de infecção. Assinalam, ainda, que os pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca têm medo da morte e se acham incapacitados.

As atividades técnicas desenvolvida pela equipe de enfermagem como as mais importantes, estão relacionadas em manusear instrumentos, administrar, medicamentos no horário prescrito e identificar o momento de solicitar a avaliação ou o atendimento médico (HADDAD; ALCANTAR; PRAES, 2005; PEREIRA; BUENO, 1997).

Haddad; Alcantar; Praes (2005) descrevem que o ato de humanizar significa tornar humano, dar condições humanas ao homem, não de forma técnica mecanizada, mas sim em um processo vivencial. Essa assistência necessita ser realizada de forma planejada, continuada e individualizada, de maneira que forneça segurança e diminuição do trauma cirúrgico para o paciente

Quanto os aspectos que mais incomoda os doentes durante a internação na UTI, é dor, sendo resultado da manipulação de tecido e órgãos que a posição dorsal adotada no pós-operatório para não haver o descolamento ósseo da região external referiram dor nas inserções de drenos, principalmente os torácicos (ROSSI et al, 2000; HADDAD; ALCANTAR; PRAES, 2005; PEREIRA; BUENO, 1997).

A restrição ao leito também são apontadas por pacientes como causa de incômodo devido à falta de movimentos livres, permanência dos drenos, cateteres, sondas e monitorização contínua por aparelhos (HADDAD; ALCANTAR; PRAES, 2005).

Haddad; Alcantar; Praes (2005) apontam que o paciente no pós-operatório de cirurgia cardíaca, ao despertar da anestesia na UTI, vivencia sensações diversas quando entra em contato com o ambiente, com a equipe multidisciplinar, bem como perceber que está ligado a tubos, drenos, cateteres e aparelhos. Diante dessa afirmação, conclui-se que, na visão do paciente, estar ligado a uma afinidade de aparelho na sua percepção indica uma ameaça a sua vida.

João e Faria (2003) dizem que o pós-operatório de cirurgia cardíaca exige da equipe de saúde uma vigilância contínua, a fim de detectar qualquer alteração nas condições gerais do paciente. Nas primeiras horas, é indispensável o uso de sondas, drenos, tubos e cateteres e os pacientes estão ligados a monitores eletrônicos que ajudam nessa vigilância. Mudar de posição no leito é trabalhoso e quando o paciente sente dor essa dificuldade aumenta.

O uso da tecnologia sofisticada, que inclui monitores, respiradores, cateteres, drenos e sondas, é indispensável, impossibilitando o cliente de falar e o

mantém literalmente preso ao leito (MATOS, 1997 apud HADDAD; ALCANTAR; PRAES, 2005).

O tubo endotraqueal é utilizado para que o paciente continue a respirar por meio artificial durante o efeito da anestesia e até que tenha condições de ser estudado na UTI asseguram que o tubo endotraqueal causa grande desconforto ao paciente devido a sua incapacidade para falar e comunicar suas necessidades, podendo provocar reações de inquietação e agitação (JOÃO; FARIA, 2003).

A assistência de enfermagem pode intervir, otimizando o período de repouso do paciente por meio de medidas simples, como diminuir a iluminação artificial: reeducando os colaboradores (enfermeiros, médicos, técnicos e auxiliares de enfermagem) da UTI quanto ao volume da voz; destacando a necessidade de ruídos provocados pelas conversas, bem como pelos aparelhos em geral, e intervindo rapidamente quando os alarmes iluminação são acionados, vendo que o setor pequeno e concentra vários paciente e várias pessoas pela necessidade do setor e as condições ambientais influenciam no seu bem estar geral (HADDAD; ALCANTAR; PRAES, 2005; PEREIRA; BUENO, 1997).

4.1.2 PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA: CUIDADOS INTENSIVOS

Segundo Cruz (2007) a Cirurgia cardíaca é um procedimento de alta complexidade que exige uma equipe multidisciplinar treinada, bem como um hospital com instalações e equipamentos apropriados para a execução cirúrgica e recuperação pós-operatória. O ato cirúrgico produz uma variedade de alterações da fisiologia cardiovascular, seja pela manipulação das estruturas cardíacas, pelo uso de circulação extracorpórea ou pela infusão de diversos medicamentos. Isso resulta numa série de alterações metabólicas, eletrolíticas, respiratórias e hemodinâmicas.

De acordo com Cruz (2007) na unidade intensiva cardiológica, o cardiologista intensivista e sua equipe, preendem-se mais a corrigir essas alterações do que com a cardiopatia subjacente. Imediatamente após o término da cirurgia o paciente é transferido à UTI cardiológica.

Já o anestesista e cirurgiões transmitem as informações a respeito dos procedimentos e intercorrências transoperatórias ao intensivista (CRUZ, 2007).

Cruz (2007) atribui há uma equipe de profissionais e de procedimentos o monitoramento e a manutenção dos sinais e sintomas do paciente. Nesse sentido realizam-se alguns procedimentos se fazem necessários como: um exame físico detalhado, radiografia de tórax, eletrocardiograma e coleta de sangue para análise bioquímica, que serão repetidos em intervalos de tempos regulares.

Na fase em que o paciente se encontra internado por ocasião de algum problema; nessa fase da recuperação o paciente encontra-se ainda sob efeito anestésico e conectado à uma série de equipamentos como: ventilação mecânica, monitorização cardíaca contínua, monitorização das pressões, drenos torácicos, sonda vesical, sonda orogástrica e fios de marcapasso provisórios (colocados na superfície do coração), ou seja, a tecnologia dura é praticamente maciça nesses procedimentos (CRUZ, 2007).

De acordo com Cruz (2007) as principais complicações nesta etapa são as alterações da pressão arterial, alterações do ritmo cardíaco, sangramentos e distúrbios eletrolíticos. Por sorte, na maioria dos casos, essas complicações são previsíveis, facilmente corrigidas e raramente oferecem riscos à boa evolução pós-operatória. Como regra geral e sempre respeitando os critérios técnicos, a evolução dentro da unidade cardiológica é a seguinte: Entre a 6ª e 8ª hora de evolução (com o paciente acordado), realiza-se a retirada da ventilação mecânica e extubação traqueal. Isto permite uma comunicação direta entre o paciente e a equipe. Entre a 8ª e a 10ª hora após a extubação já é permitido ingerir líquidos. Nessa fase muitas medicações de uso intravenoso já foram retiradas ou substituídas por outras de uso por via oral. Após a 24ª hora muitos itens de cuidados invasivos são suspensos ou substituídos pelos nãoinvasivos. No segundo dia do pós-operatório (48 horas de evolução), em geral, já é possível retirar os drenos torácicos e a sonda vesical, e na ausência de complicações o paciente já pode receber alta da UTI cardiológica. No apartamento ou na enfermaria, deve-se evitar muitas visitas pois o paciente encontra-se debilitado, necessita de repouso e de exercícios de fisioterapia. Dores, inchaço, insônia, palidez, e falta de apetite são comuns neste período e melhoram com o passar dos dias. No 5º dia os fios do marcapasso podem ser retirados e quando o paciente estiver em condições clínicas adequadas, receberá alta hospitalar, o que acontece por volta do sexto dia do pós-operatório.

monografia em que abordasse a temática proposta. Em função do tempo não ser possível colocar isso).

Como também um diário de campo realizado durante todo o período de desenvolvimento em prática de hospitais para conclusão deste trabalho veja-se pode ser assim.

Para a busca desse material foram utilizadas as seguintes palavras-chave: a saber, Sistematização da assistência de enfermagem, cirurgia cardíaca, ações de enfermagem a pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, entre outras que surgiram ao processo de desenvolvimento da pesquisa.

O critério de seleção dos trabalhos, artigos, textos que fizeram parte desta pesquisa são aqueles que abordaram a temática em estudo, ou seja, que estiveram em consonância com o conteúdo do trabalho a que se procede. Para selecionar o material a ser analisado foi feito o título do título pelo mesmo e em seguida foi feita a leitura do conteúdo de cada trabalho para se verificar se abordava a temática proposta.

5. METODOLOGIA

Neste estudo pretende-se realizar uma pesquisa de natureza bibliográfica acerca da problemática da Sistematização da Assistência de Enfermagem a pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. Para tanto, foi eleita a pesquisa do tipo bibliográfica a fim de se verificar o conhecimento produzido acerca da temática até o momento.

Inicialmente foram coletados os dados inerentes a proposta dessa pesquisa, reunindo todo material bibliográfico disponível, consultando os Bancos de Dados informatizados, as Bibliotecas virtuais, periódicos, livros, enfim, material que aborde temática desta pesquisa.

Dentre os bancos de dados e as revistas utilizadas, pode-se citar: o SCIELLO, no Banco de Dados de Enfermagem (BANDENF), no LILACS e nas seguintes revistas eletrônicas: Revista Mineira de Enfermagem, Acta Paulista de Enfermagem, Revista Latino Americana de Enfermagem, Revista Gaúcha de Enfermagem, Revista de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Revista Goiânia Eletrônica de enfermagem e Revista Cogitare de Enfermagem; dentre os principais livros utilizados, tem-se: Bruner; além de utilizarmos teses, dissertações e

monografias em que abordassem a temática proposta. (sem limite de tempo veja se posso colocar isso).

Como também um diário de campo realizado durante todo trajeto de vivenciado em pratica de hospitais para conclusão deste trabalho.veja se pode ser assim

Para a busca desse material foram utilizadas as seguintes palavras-chave, a saber: sistematização da assistência de enfermagem; cirurgia cardíaca; ações de enfermagem a pacientes submetidos à cirurgia cardíaca; entre outras que surgirem no processo de desenvolvimento da pesquisa.

O critério de seleção dos trabalhos, artigos, textos que fizeram parte desta pesquisa são aqueles que abordarem a temática em estudo, ou seja, que estiverem em consonância com o conteúdo do trabalho a que se propõe. Para selecionar o material a ser analisado foi feito à leitura do título e/ou resumo a fim de nos aproximarmos com maior familiaridade da temática em investigação e, posteriormente, do texto na íntegra. Aqueles que atenderam ao critério de seleção serão incluídos para a análise.

Para Gil (2006), esse tipo de leitura corresponde a leitura exploratório, em que durante essa etapa nem tudo é necessariamente lido, pois nem tudo é importante para alcançar o propósito da pesquisa, e o que não for pertinente é posto de lado. Nesse momento convêm entrar em contato com a obra em sua totalidade, lendo o sumário, o prefácio, a introdução, as "orelhas", algumas passagens esparsas do seu texto.

Após esse processo, foi feita à leitura seletiva, que consiste numa leitura mais aprofundada das partes que interessam à pesquisa a fim de selecionar o material a ser analisado. Assim, apreendido todo o conteúdo a ser utilizado, fazendo logo em seguida o fichamento do material selecionado, retirando as citações, que compõem o embasamento teórico.

Para Gil (2006), essas etapas correspondem à leitura do tipo analítica ao qual identifica os temas-chave de acordo com as abordagens apresentadas nos textos que fazem parte do material empírico da pesquisa; a leitura interpretativa, na qual é feita uma relação entre conteúdos das fontes pesquisadas com outros. Para o as leituras analítica e interpretativa nem sempre ocorrem separadamente.

O critério de encerramento da coleta dos dados empíricos deve-se no momento em que identifica a saturação dos dados e apreendemos o objeto dessa pesquisa. Para análise dos dados empíricos seguido os passos indicados por Gil (2006, a saber, ordenação dos dados; classificação dos dados e análise final.

Para finalizar pretende-se construir um embasamento teórico que concretize esse trabalho, a partir do material encontrado, além de fazer cumprir o objetivo e o cronograma proposto.

Nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) cabe ao enfermeiro realizar o levantamento das necessidades do cliente e formular um planejamento de enfermagem de caráter humano, no sentido de proporcionar ao cliente um atendimento onde todos os membros da equipe e ações sejam feitas e avaliadas e o bem-estar do cliente.

A Enfermagem é responsável pelo atendimento do cliente intensivo e suas famílias no que se refere às necessidades humanas básicas (NHB), o que é uma tarefa árdua e que depende desta assistência cujo objetivo é a recuperação, manutenção e promoção da saúde.

Aqui se pode definir o conceito de enfermagem como uma forma sistemática e ao mesmo tempo dinâmica de prestar cuidados de enfermagem, humanizada e a um baixo custo.

Percebe-se que através da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), os custos podem ser reduzidos e medidas as ações são melhor distribuídas e mais bem elaboradas.

Dessa forma entende-se que a SAE como um método de organização do pensamento e das ações de enfermagem, numa abordagem de racionalização e humanização do cuidado prestado ao paciente.

Pinheiro, Filho e Lunardi (2004) afirma que o SAE tem papel decisivo a medida que as ações de desenvolvimento de medidas e equacionar e agilizar as resoluções dos problemas.

A implantação da SAE tem como um dos objetivos a valorização da profissão e a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem não sistematizada.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo permitiu analisar as evidências científicas preconizadas para avaliação e preparo dos pacientes que submetidos a cirurgias cardíacas, trouxe subsídios para sustentar o processo de cuidados a pacientes submetidos a cirurgia cardíaca.

Pode-se identificar que diante de todo o aporte teórico trabalhado nesta pesquisa o SAE é de suma importância nas ações desenvolvidas em Unidades de Saúde, sejam elas unidades hospitalares ou que se reportem a atenção básica e média complexidade. Contudo nesse estudo enfatizamos a SAE em Unidade hospitalar, na qual a sua existência permite a fluidez natural e mais ágil dos serviços de enfermagem.

Nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) cabe ao enfermeiro realizar o levantamento das necessidades do cliente e formular um planejamento de enfermagem eficiente, onde todos os instrumentos e ações devem focar a qualidade e o bem-estar do cliente.

A Enfermagem é responsável pelo atendimento do cliente intensivo e seus familiares no que se refere às necessidades humanas básicas (NHB), o que o torna total ou parcialmente dependente desta assistência, cujo objetivo é a recuperação, reabilitação e promoção da saúde.

Aqui se pode definir o processo de enfermagem como uma forma sistemática e ao mesmo tempo dinâmica de prestar cuidados de enfermagem, humanizado e a um baixo custo.

Percebe-se que através da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), esses custos podem ser reduzidos a medidas que as ações são melhor distribuídas e mais bem elaboradas.

Dessa forma entende que a SAE como um método de organização do pensamento e das ações do enfermeiro, numa abordagem de individualização e humanização do cuidado prestado ao paciente.

Pivrolva, Filho e Lunard (2004) afirma que o SAE tem papel destaque a medida que as ações se desenvolvem, de maneira a equacionar e agilizar as resoluções dos problemas.

A implantação da SAE sem sombra de dúvidas é um poderoso instrumento de valorização da profissão refletindo sobre as desvantagens da prática de enfermagem não sistematizada.

A implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma necessidade à definição, diferenciação e valorização da profissão e dos profissionais da enfermagem (PIVOTO, FILHO, LUNARD 2004). Além de ser exigida legalmente pela Resolução COFEN 272/2002. (COFEN 272/2002).

A Lei do Exercício Profissional nº 7.498, diz que o enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe, privativamente, planejamento, organização, coordenação e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem (ANDRADE; VIEIRA 2005).

Reforçando a necessidade de planejamento a assistência de enfermagem, a Resolução COFEN nº 272/2002, art. 2º afirma que a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE - deve ocorrer em toda instituição da saúde, seja ela pública ou privadas, Sendo o enfermeiro responsável pelo planejamento da assistência, junto ao cliente assistido, uma vez que o planejamento “permite diagnosticar as necessidades do cliente, garantindo a prescrição adequada dos cuidados, orientação e supervisão do desempenho do pessoal, a avaliação dos resultados e da qualidade da assistência porque norteia as ações de enfermagem (ANDRADE; VIEIRA 2005).

Lopes (2000, apud Miller, 1989) afirma que, para que a enfermeira assista adequadamente o cliente, é necessário conhecer os problemas que ele está vivenciando e a falta de clareza na sua identificação implica em perda de tempo e de energia, ou mesmo, de dinheiro. Para o autor, o objetivo da enfermagem é prover uma assistência que atenda às necessidades do cliente, ao passo que o da Instituição é prestar um serviço efetivo e eficiente.

Portanto, o uso do diagnóstico de enfermagem beneficia a ambos, porque direciona a assistência de enfermagem para as necessidades de cada cliente, facilita a escolha de intervenções mais adequadas, registra de forma objetiva as reações do cliente e permite subsequente avaliação dos cuidados de enfermagem.

Concordo com o autor ao identificar a SAE como um processo sistematizado de prestação de cuidados que visa a obtenção de resultados desejados de uma maneira rentável. É sistemático por se constituir de etapas, durante as quais são dados passos deliberados para potencializar a eficiência e atingir resultados benéficos.

Na presente pesquisa pode-se observar que a SAE é parte de um processo que vem sendo desenvolvido ao longo do tempo por enfermeiros comprometidos na melhoria da assistência aos clientes intensivos e na busca da valorização da profissão.

A sistematização da assistência de enfermagem possibilita aos enfermeiros a gestão do próprio trabalho, propiciando inclusive, o desenvolvimento do aspecto econômico da profissão de enfermagem, pois permitirá o estabelecimento do preço para o seu produto – o cuidado e a realização das pesquisas referentes ao custo/benefício das atividades de enfermagem realizadas para o cliente, família ou comunidade em diferentes cenários de atuação.

Sperandio e Évora (2002), afirmam que a elaboração da sistematização da assistência de enfermagem é um dos meios de que o enfermeiro dispõe para aplicar seus conhecimentos técnico-científicos e humanos na assistência ao cliente e caracterizar suas práticas profissionais, colaborando na definição do seu papel.

A capacidade de o enfermeiro fazer um diagnóstico de enfermagem e prescrever as ações pertinentes que resultarão em respostas específicas do cliente é crucial para o desenvolvimento da ciência da enfermagem. Esse diagnóstico consiste na determinação da natureza e da extensão dos problemas de enfermagem apresentados pelo cliente ou pela família (CARPENITO-MOYET, 2005).

Lopes (2001) vai mais além, afirmando que “quando nos responsabilizamos pela assistência prestada e resultados obtidos, estimulamo-nos a adquirir novos conhecimentos e habilidades para realizarmos intervenções eficazes”. Frequentemente nos deparamos com desafios que exigem busca de aperfeiçoamento profissional. O enfermeiro tem que estar disposto a buscar sempre mais, para oferecer sempre o melhor na prestação da assistência seja ela ao paciente, seja na formatação das informações dos procedimentos diários.

Percebeu-se, ao longo da pesquisa, que a SAE é um processo importante na assistência prestada ao cliente e dá credibilidade às atividades dos profissionais de enfermagem.

O enfermeiro de terapia intensiva é responsável pelo cuidar do indivíduo nas distintas situações críticas, de forma integrada e contínua com os membros da equipe de saúde. E o mesmo deve possuir a habilidade de pensar criticamente, analisar os problemas diários e encontrar soluções para os problemas que porventura sujam no fazer diária, na vida cotidiana no exercício da profissão, no exercer do enfermeiro.

A presente pesquisa deve e tem o propósito de servir de fonte de consulta sobre a história do surgimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem. Servir como fonte bibliográfica de referência para a implantação de uma Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Espera-se que este trabalho possa contribuir com melhorias para o desenvolvimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem, servindo como ferramenta essencial para o desenvolvimento das atividades voltadas à área de enfermagem.

Sabe-se que o processo de implantação da SAE, é um processo gradual, em que os hospitais começam a implantar, de modo que ainda é muito precoce os seus resultados, e ainda é muito prematura quanto sua abrangência em unidades hospitalares, no entanto, a quando cumprida na íntegra, e se fizer integrada há uma rede de saúde, proporciona uma maior autonomia para o profissional, dá respaldo legal e seguro através dos registros de enfermagem.

Este estudo visa contribuir fornecendo informações sobre a conceituação e empregabilidade do diagnóstico de enfermagem, sua finalidade e aplicação prática para a UTI e para as demais áreas.

Tais informações poderão ser úteis para os demais profissionais de saúde, acadêmicos, população e toda a comunidade científica, sobre diagnóstico de enfermagem, sua finalidade e aplicação prática para UTI e para as demais áreas.

Por fim, desejar que o trabalho sirva de consulta para incrementar na formação de mais conhecimento. Nenhum trabalho científico estar totalmente acabado, há sempre espaço para se ir mais além.

Porém para o enfermeiro a qualidade da assistência e ações de enfermagem deve beneficiar o cliente em especial, promovendo uma recuperação mais rápida, segura, eficiente e individualizada.

Porém para o enfermeiro a qualidade da assistência e ações de enfermagem deve beneficiar o cliente em especial, promovendo uma recuperação mais rápida, segura, eficiente e individualizada.

ALENCAR, C. N.; DINIZ, R. C. M.; LIMA, P. R. P. Administração do tempo das atividades de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 57, n. 2, p. 417-420, 2004.

ANDRADE, A. C. A enfermagem não é uma profissão subalterna. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 59, p. 96-8, jan./fev. 2007.

ANDRADE, J. S.; VIEIRA, M. J. Política assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade da regulamentação. *Rev. Bras. de Enfermagem*, Brasília, 58(5):253-5 Maio/Jun. 2005.

ATZENBERG, M. D. V.; SCHMIDT, D. R. C.; NONATO, E.; MARTINS, A. P. Implementação e aplicação de um instrumento de avaliação pós-operatório cirúrgico conforme o protocolo do advanced trauma life support. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, 24(4): 616-23, 2009.

BAGGIO, M. A.; TEIXEIRA, A.; PORTELLA, M. R. Pré-operatório do paciente cardíaco: a importância da enfermagem fazendo a diferença. *Rev. Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 22, n. 1, p. 121-130, jan. 2001.

BRUNO, R. L.; SUDDARTH, D. Enfermagem médico-cirúrgica. 6. edição do Janeiro Guanabara, 2000.

CALIXTO, R. A.; CROZETA, K. S. Avaliação da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev. Bras. Enfermagem*, Brasília, 62(2), Mar/Abril 2009.

CARPENHO MOYET, L. J. Diagnóstico de enfermagem: aplicação e prática clínica. 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

7.REFERÊNCIAS

- ALENCAR, C. K.; DINIZ, R. C. M; LIMA, F. R. F. Administração do tempo nas atividades de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 2, p. 417-420, 2004.
- ANDRADE, A. C. A enfermagem não é uma profissão submissa. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 60, p. 96-8, jan./ fev.2007.
- ANDRADE, J. S.; VIEIRA, M. J. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. **Rev. Bras. de Enfermagem**. Brasília, 58(3):261-5. Maio./jun. 2005.
- ATZINGEN, M. D. V.; SCHMIDT, D. R. C.; NONINO, E.; MARTINS, A. P. Elaboração e aplicação de um instrumento de avaliação no pós-operatório imediato com base no protocolo do advanced trauma life suport. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, 21(4): 616-23, 2008.
- BAGGIO, M. A.; TEIXEIRA, A.; PORTELLA, M. R. Pré-operatório do paciente cirúrgico cardíaco: a orientação de enfermagem fazendo a diferença. **Rev. Gaucha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 22, n.1, p.122-139, jan. 2001.
- BRUNNER, L.; SUDDARTH, D. **Enfermagem médico-cirúrgica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2000.
- CALIXTTO, R.; A.; CROZETA, K. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, 62(2). Mar./abril. 2009.
- CARPENITO MOYET, L. J. **Diagnóstico de enfermagem: aplicação à prática clínica**. 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

CONFEN – CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Decisão nº 272, de 27 de agosto de 2002.** Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE – nas Instituições de Saúde Brasileira, Rio de Janeiro, 2002.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SÃO PAULO (COREN/SP). **Decisão 008, de 19 de outubro de 1999 (DIR/ 008/1999).** Normatização Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nas Instituições de Saúde, no âmbito do Estado de São Paulo. São Paulo: COREN-SP 1999.

CORREA, A .K. Pesquisas de enfermagem em terapia intensiva: análise de dissertações e teses. **Rev.Esc. Enferm. USP**, v.34, n.3, p. 252-7, set. 2000.

CRUZ, D. A. L. M.; CRUZ, I. C. F.; SECAF, V. Taxonomia dos diagnósticos de enfermagem: evolução e razões do uso. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 4, n. 2/4, p. 28-34, jun./dez. 1995.

CRUZ, F. D. et al. Religiosidade e qualidade de vida na insuficiência cardíaca. In: Congresso de Investigação em Enfermagem Ibero-Americano e de países de Língua Oficial Portuguesa, 1., 2007, Coimbra. **Anais...** Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde, p.241. 2007.

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

CRUZ, I. C. F. **Diagnósticos de enfermagem:** estratégias para sua formulação e validação. 1993. 154 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1993.

CUNHA, A. L. S. M; PENICHE, A. C. G. Validação de um instrumento de registro para sala de recuperação pós-anestésica. v. 20, n. 2. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, 2007.

CUNHA, S. M. B.; BARROS, A. L. B. L. Análise da implementação da sistematização da assistência de enfermagem, segundo o Modelo Conceitual de Horta. **Rev. Bras. Enferm**, São Paulo, p.568-569. Jul./ ago. 2005.

DAMASCENO, R. C.; SANTOS, S. S. C. Sistematização da assistência de enfermagem: importância atribuída por estudantes de enfermagem. **Rev. Enferm. Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, p. 73-81. Jul./set.2009.

DAMASCENO, R. C.; SANTOS, S. S. C.; PIVOTO, F. L.; SILVA, B. T.; SILVEIRA, R. S. Sistematização da assistência de enfermagem: importância atribuída por estudantes de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo,3(3):73-81 73 jul./set. 2009.

FELISBINO, J. E. **Processo de enfermagem na UTI: uma proposta metodológica**. São Paulo: EPU, 1994.

FIGUEIREDO, R. M.; MASCARENHAS, S. H. Z.; NAPOLEÃO, A. A.; CAMARGO, A. B. Caracterização da produção do conhecimento sobre sistematização da assistência de enfermagem no Brasil. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, p.300,2005.

FRANÇA, F. C. V. et al. Implementação do diagnóstico de enfermagem na unidade de terapia intensiva e os dificultadores para enfermagem-relato de experiência. **Rev. Eletr. Enf., USP**, São Paulo 2007.

GALDEANO, L. E.; ROSSI, L. A.; NOBRE, L.F; IGMACIO, D.S. Diagnostico de enfermagem de pacientes no período transoperatório de cirurgia cardíaca perioperatório de cirurgia cardíaca. **Rev. Latino-America Enfermagem**, 11(2):199,206. Mar./abr. 2006.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; ROSSI, L. A. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. **Rev. Latino-America Enfermagem**, p. 690-5. Set./out.2002.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O. Prática baseada em evidências estratégia para sua implementação na enfermagem. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, v.56, n., p. 56/60. Jan./fev. 2003.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; TREVIZON, M. A. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. **Rev. Latino-americana de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p.159/556, mai./jun. 2004.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Sistematização da assistência de enfermagem: reflexões sobre o processo. In: **52º Congresso Brasileiro de Enfermagem**. Apresentado na Mesa Redonda "A sistematização da assistência de enfermagem: o processo e a experiência". Recife/Olinda, PE, 2000.

GOIS, C. F. L.; DANTAS, R. A. S. Estressores em uma unidade pós-operatória de cirurgia torácica: avaliação da enfermagem. **Rev. Latino-americana de Enfermagem**. v. 12, n. 1, p. 22-27, mai./jun. 2004.

GORDON, M. **Nursing diagnosis: process and application**. ed. Saint Louis: Mosby, 1994.

GUERREIRO, A. L. S.; GUIMARÃES, H. C. P.; REGINA, V. L. M. Diagnóstico de enfermagem do paciente adulto no primeiro pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.13, n. 2, maio./ago. 2000.

HADDAD, M. C. L.; ALCANTAR, C.; PRAES, C. S. Atendimento e percepção do paciente no pós-operatório de cirurgia cardíaca, vivenciado em unidade de terapia intensiva. **Rev. Bras. Enfermagem**. v.4, n. p. 65-73, jan./abr.2005.

HERMIDA, P. M. V. Desvelando a implementação da assistematização da assistência de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, DF. 57(6):733-7, Nov./dez. 2004.

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

HUDAK, C. M.; GALLO, B. M. **Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

LINO, M. M; SILVA, S. C. Enfermagem na unidade de terapia intensiva: a história como explicação de uma prática. **Revista Nursing**, v. 41. n.4. out. 2001.

LOPES, M. H. B. M., Experiência de implantação do processo de enfermagem utilizando os diagnósticos de enfermagem (Taxionomia da NANDA), resultados esperados, intervenções e problemas colaborativos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, 2000.

LUNARDI; V. L.; LUNARDI FILHO, W. D.; SOARES, R. S.; VIEIRA, N.; LIPINSK, J. M. O cuidado de si como condição para o cuidado dos outros na prática de saúde. **Rev. Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto. v. 12, n. 6, nov./dez. 2004.

LEOPARDI, M. T., **Teoria e método em assistência de enfermagem**. 2. Ed. Ver. Ampl. Florianópolis: Ed. Soldasoft, 2006.

LUTOFO, P. A. Mortalidade precoce por doenças do coração no Brasil. Comparação com outros países. **Arq. Bras. Cardiol**, São Paulo, v. 70, n. 5, p. 321-325, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v70n53328.pdf>>. Acesso em: 06 ago. 2009.

MARTINI, J. G. O papel social da pesquisa em enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.** v. 62 n. 3. Brasília, 62(3): 340. Maio./jun. 2009.

MARX, L. C.; MORITA, L. C. **Manual de gerenciamento em enfermagem**. 2. ed. São Paulo: EPUB, 2003.

MELTZER, L. E. et al. **Enfermagem na unidade coronariana**. São Paulo: Atheneu, 2000.

NANDA, North American Nursing Association. **Diagnóstico de enfermagem da NANDA: definições e classificação – 2003/2004**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION – NANDA. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2001-2002**. Tradução de Jeanne Liliane Marlene Michel. Porto Alegre: Artmed, 2002. 288 p. Título original: **NANDA-I Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2001-2002**.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION – NANDA. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2007-2008**. Tradução de Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2008. 393p. Título original: **NANDA-I Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2007-2008**.

PEREIRA, M. E. R.; BUENO, S. M. V. Lazer: um caminho para aliviar as tensões no ambiente de trabalho em UTI: uma concepção da equipe de enfermagem. **Rev. Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 4, p. 75-83, outubro, 1997.

PICOLI, M.; GALVÃO, C. M. Enfermagem perioperatória: identificação do diagnóstico de enfermagem risco para infecção fundamentada no modelo conceitual de Levine. **Rev. Latino-americana de Enfermagem**, 9 (4): 37-43. julho. 2001.

PIVOTO, F. L.; LUNARDI FILHO, V. L. FILHO; LUNARDI, W. D. O cuidado de si como condição para o cuidado dos outros na prática de saúde. **Rev. Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 12, n. 6, nov./dez. 2004.

_____. Prescrição de enfermagem: dos motivos da não realização às possíveis estratégias de implementação. **Rev. Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 12, n. 6, nov./dez. 2004.

POSSARI, J. F. **Assistência de enfermagem na recuperação pós-anestésica (RPA)**. São Paulo: Látia, 2003.

REDA, E; PENICHE, A. de C. G. Instrumento de registro utilizado na avaliação do paciente em sala de recuperação pós-anestésica: importância na continuidade da assistência. **Acta Paulista de Enfermagem**, 21(1): 24-31. 2008.

ROCHA, L. A.; MAIA, T. F.; SILVA, L. F.. Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. **Rev. Bras. Enfermagem**, 2006, maio-jun; 59(3): 321-6. maio./jun. 2006.

ROSSI, L. A.; TORRATI, F. G.; CARVALHO, E. C.; Marfim, A.; SILVA, D. F. Diagnósticos de enfermagem do paciente no período pós-operatório imediato. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 34, n. 2, p. 154-64, jun. 2000.

SILVA, V. E. F. O. **O desgaste de trabalhador em enfermagem: estudo relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador Tese [Doutorado enfermagem]**. São Paulo: Escola de Enfermagem, USP, 1996.

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico. **Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização**. Práticas Recomendadas. 4. ed. São Paulo: Nacional, 2007.

BITTAR, D. B.; PEREIRA, L. V.; LEMOS, R. C. A.; **SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE CRÍTICO: PROPOSTA DE INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS** Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, 15(4): 617-28 out./dez.2006.

SPERANDIO, D.J.; MARTINEZ-ÉVORA, Y.D. Proposta para implementação da sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia semi intensiva. Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem, **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto**. São Paulo, 2002.

TANNURÉ, M. C. **SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem: guia prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

TORTORA, G. J.; GRABOWSKI, S. R. **Princípios de anatomia e fisiologia**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: Insular; 2004.

MAROSTI.C. A; DANTAS .R .A S ; Avaliação dos pacientes sobre os estressores em uma unidade coronariana **Acta Paul Enferm**, São Paulo, 19(2):190-5. Jan./Abr. 2005

JOÃO, P. R. D; FARIA; F. J. **Cuidados imediatos no pós-operatório de cirurgia cardíaca** *Jornal de Pediatria Sociedade Brasileira de Pediatria*; RIO DE JANEIRO, RJ. V.79, Supl.2, **S215**, 2003.

GALDEANO, L. E.; ROSSI, L. A. Validação de conteúdo diagnóstico: critérios para seleção de expertos. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, n. 1, p. 60-66, Jan./Abr. 2006

MORAES, L. O. de ; PENICHE, A. C. G. Assistência de enfermagem no período de Recuperação anestésica: revisão de literatura. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 34-42, 2003.

SALVIANO, M. E. M. **Transplante hepático: diagnósticos de enfermagem segundo a NANDA em pacientes no pós-operatório na unidade de internação**. 2007. 138 f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade
Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007