



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO E INOVAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM

JULIANA DE CÁSSIA NUNES SOARES

AValiação DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A
PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA CARDÍACA

SÃO LUÍS
2018

JULIANA DE CÁSSIA NUNES SOARES

**AVALIAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A
PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA CARDÍACA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde, Enfermagem e Cuidado.

Linha de Pesquisa: O Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dra. Santana de Maria Alves de Sousa.

SÃO LUÍS

2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

**Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA**

Soares, Juliana de Cássia Nunes

Avaliação da sistematização da assistência de enfermagem a pacientes submetidos à cirurgia cardíaca / Juliana de Cássia Nunes Soares. -2018.

78 f.: il.

Orientador(a): Santana de Maria Alves de Sousa

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/CCBS, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2018.

1. Cuidados de Enfermagem. Cirurgia Cardíaca. Registros de Enfermagem. I. Sousa, Santana de Maria Alves de. II. Título.

JULIANA DE CÁSSIA NUNES SOARES

**AVALIAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A
PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA CARDÍACA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Saúde, Enfermagem e Cuidado.

Linha de Pesquisa: O Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Aprovada em 30/05/2018.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a. Santana de Maria Alves de Sousa - Orientadora
Doutora em Ciências Sociais
Universidade Federal do Maranhão

Prof^a. Lúcia Divana Carvalho Silva - 1^o. Membro
Doutora em Ciências
Universidade Federal do Maranhão

Prof^a. Rosilda Silva Dias - 2^o. Membro
Doutora em Fisiopatologia Clínica e Experimental
Universidade Federal do Maranhão

Prof^a. Patrícia Ribeiro Azevedo - 1^o. Membro Suplente
Doutora em Biotecnologia
Universidade Federal do Maranhão

Prof^a. Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim - 2^o. Membro Suplente
Doutora em Enfermagem
Universidade Federal do Maranhão

*Dedico essa Dissertação a todos os
profissionais que exercem a enfermagem
com amor à profissão e que buscam
fortalecer a profissão como Ciência.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, meu Senhor, sabendo que, com sua presença constante em minha vida, nada há de me faltar: “Tudo posso Naquele que me fortalece”.

À Universidade Federal do Maranhão (UFMA), em especial ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) pela oportunidade oferecida e por ter me feito retornar à vida acadêmica.

Ao Corpo Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF), pela soma dos conhecimentos.

À Direção do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, pela autorização para a realização da pesquisa.

À minha família que mora distante, pelo entendimento em cada momento de ausência em datas comemorativas, sempre me apoiando. Agradeço especialmente ao meu exemplo de vida, que sempre me guiou em todos os momentos, me transmitindo força, fé e coragem para enfrentar os desafios da vida, minha mãe.

Aos companheiros de Turma pela amizade, carinho, ajuda e união em todos os momentos. Obrigada Turma!! Em especial, Cleber Campelo, Adriana Mendes e Andressa Arrais, amigadas que o mestrado me deu e que carregarei para a vida.

À minha chefia imediata, Danielle dos Santos, pela compreensão e auxílio na conciliação das aulas com os turnos da escala de trabalho para minha dedicação a esta realização.

Aos funcionários do Serviço de Arquivo Médico (SAME) pela ajuda na localização dos prontuários e pela receptividade.

À minha amiga de profissão Liana Monteiro, por ouvir meus desabafos e sempre estar disponível a me ajudar com troca de turnos durante o período do Mestrado.

E a todos aqueles que, de alguma forma, colaboraram para a concretização de minha conquista.

Em especial, à minha querida orientadora, Prof^a. Dra. Santana de Maria A. de Sousa, ex-coordenadora do PPGENF, pela dedicação em coordenar este Programa de Excelência. E, como minha orientadora, agradeço por ter me dado o privilégio de tê-la como minha mestra e guiadora; pela confiança depositada em mim em todo momento. Agradeço imensamente pela competência, paciência, compreensão e pelo carinho que me transmitiu com toda serenidade. Agradeço pelo Estágio Docente, o qual hesitei em fazer no primeiro momento, porém me apaixonei pela experiência, obrigada pela insistência e confiança. Enfim, muito obrigada por tudo que fez para o meu crescimento profissional e pessoal.

SOARES, Juliana de Cássia Nunes. **Avaliação da Sistematização da Assistência de Enfermagem a pacientes submetidos à Cirurgia Cardíaca**. 2018. 78 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2018.

RESUMO

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de óbitos em todo o mundo. O tratamento cirúrgico é uma opção viável para pacientes com doenças cardiovasculares; e por ser um procedimento de alta complexidade e de alto risco, o paciente submetido a cirurgia cardíaca apresenta grande vulnerabilidade, requerendo ações sistemáticas por parte do profissional enfermeiro. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) veio consolidar as práticas do cuidado, caracterizando sua prática profissional e favorecendo a organização das condições necessárias para a assistência da equipe de enfermagem. O estudo tem como objetivo avaliar a implementação da SAE a pacientes no perioperatório de cirurgia cardíaca em um Hospital Universitário. Foi realizada análise documental retrospectiva com dados de pacientes adultos que realizaram cirurgia cardíaca de troca/implante/plastia de válvula e revascularização do miocárdio no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2015, utilizando como instrumento para coleta o formulário de análise do Processo de Enfermagem. Os resultados mostraram a distribuição de frequência das variáveis sócio-demográficas dos pacientes: 61,1% sexo masculino, 33,9% entre 60 a 69 anos, 54% casados, 51,9% cor parda, 13,8% não eram alfabetizados, 17,2% eram aposentados e 47,3% residiam na capital São Luís. Quanto às doenças prévias apresentadas, destacam-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (63,6%) e Diabetes Mellitus (21,8%); e, como diagnóstico médico, Insuficiência Coronariana com 45%. A maioria (94,6%) não estava sendo submetida a reoperação e não apresentou complicações no pós-operatório (69,9%). Na análise da operacionalização da SAE, apesar da existência de formulário, constataram-se dificuldades dos enfermeiros para sua execução, pois não ocorre o preenchimento em 91,6% dos instrumentos do Histórico de enfermagem e 42,7% dos prontuários não possuem a etapa de evolução pós-operatória no setor da enfermaria. Assim como, constatou-se a ausência de formulários para realização das etapas de diagnóstico e prescrição de enfermagem no setor da Enfermaria. Com exceção do Histórico de Enfermagem, todas as etapas do processo de enfermagem foram implementadas na Unidade de Terapia Intensiva Cardiológica: diagnósticos de enfermagem pré-operatório 50%, pós-operatório 59,9%; prescrição de enfermagem pré-operatória 100%, pós-operatória 99,2%; implementação da assistência de enfermagem pré-operatória 100%, pós-operatória 99,2%; evolução de Enfermagem pré-operatória 100%, pós-operatória 98,3%. Também foi detectado falhas no novo modelo informatizado implantado, pela ausência da impressão dos diagnósticos de enfermagem no setor da Unidade de Terapia Intensiva Cardiológica. Este trabalho pode ser traduzido em uma produção coletiva sustentada cientificamente na prática assistencial da enfermagem, para solidificação do modelo assistencial utilizado. Assim, reflete atividades que já vêm sendo realizadas

e que acabam, passando despercebidas, pois carecem de uma forma sistematizada e explícita de realização e registro.

Descritores: Cuidados de Enfermagem. Cirurgia Cardíaca. Registros de Enfermagem.

SOARES, Juliana de Cássia Nunes. **Evaluation of the Systematization of the Nursing Assistance to patients submitted of Cardiac Surgery.** 2018. 78 f. Thesis (Master) – Graduate Program in Nursing, Federal University of Maranhão, São Luís, Brazil, 2018.

ABSTRACT

Cardiovascular diseases are the leading cause of death worldwide. Surgical treatment is a viable option for patients with cardiovascular diseases; and because it is a procedure of high complexity and high risk, the patient undergoing cardiac surgery presents great vulnerability, requiring systematic actions on the part of the nurse practitioner. The Systematization of Nursing Assistance (SAE) consolidated the practices of care, characterizing their professional practice and favoring the organization of the necessary conditions for the assistance of the nursing team. The study aims to evaluate the implementation of SAE to patients in perioperative cardiac surgery in a University Hospital. A retrospective documentary analysis was performed with data from adult patients who underwent valve replacement / implant / valve repair and myocardial revascularization from January 2013 to December 2015, using as an instrument for collecting the Nursing Process analysis form . The results showed the frequency distribution of the sociodemographic variables of the patients: 61.1% male, 33.9% between 60 and 69 years, 54% married, 51.9% brown, 13.8% were not literate, 17 , 2% were retired, and 47.3% lived in the capital city of São Luís. Among the previous diseases presented were Systemic Arterial Hypertension (63.6%) and Diabetes Mellitus (21.8%); and, as a medical diagnosis, coronary insufficiency with 45%. The majority (94.6%) were not undergoing reoperation and had no postoperative complications (69.9%). In spite of the existence of a form, there were difficulties for nurses to perform them, since 91.6% of the Nursing History instruments were not filled out and 42.7% of the medical records did not have the stage postoperative evolution in the ward sector. As well as, it was verified the absence of forms to perform the nursing diagnosis and prescription stages in the Nursing sector. With the exception of Nursing History, all stages of the nursing process were implemented in the Cardiology Intensive Care Unit: preoperative nursing diagnoses 50%, postoperative 59.9%; preoperative nursing prescription 100%, postoperative 99.2%; implementation of preoperative nursing care 100%, postoperative 99.2%; evolution of preoperative Nursing 100%, postoperative 98.3%. Failures were also detected in the new computer model implanted, due to the absence of the impression of the nursing diagnoses in the sector of the Intensive Cardiology Unit. This work can be translated into a collective production sustained scientifically in nursing care practice, to solidify the care model used. Thus, it reflects activities that have already been carried out and that end up, going unnoticed, as they lack a systematic and explicit form of realization and registration.

Descriptores: Nursing Care. Cardiac surgery. Nursing records.

LISTA DE SIGLAS

AGHU - Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários
AIH - Autorização de Internação Hospitalar
AMIB - Associação de Medicina Intensiva Brasileira
CC - Centro Cirúrgico
CEC - Circulação Extracorpórea
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
COMIC - Comissão Científica
CRM - Cirurgia de Revascularização Miocárdica
DAC - Doença Arterial Coronariana
DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCVs - Doenças Cardiovasculares
DE - Diagnósticos de Enfermagem
DM – Diabetes Mellitus
DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
HU - Hospital Universitário
HUUFMA - Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
IAM - Infarto Agudo do Miocárdio
ICO - Insuficiência Coronariana
NANDA-I - North American Nursing Diagnosis Association
NHB - Necessidades Humanas Básicas
NHBs - Teoria das Necessidades Humanas Básicas
NIC - *Nursing Intervention Classification*
NOC - *Nursing Outcomes Classification*
OMS - Organização Mundial da Saúde
PE - Processo de Enfermagem
PO - Pós-Operatório
RVM - Revascularização do Miocárdio
SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAEP - Sistematização de Assistência de Enfermagem Perioperatória
SAME - Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SO - Sala de Operações

SRPA - Sala de Recuperação Pós-Anestésica

SUS - Sistema Único de Saúde

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

UTI Cardio - Unidade de Terapia Intensiva Cardiológica

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Classificação das Necessidades Humanas Básicas por João Mohana	26
Figura 1 - Fases do Processo de Enfermagem	28
Gráfico 1 - Preenchimento do Histórico de Enfermagem em prontuários de pacientes no perioperatório de cirurgia cardíaca, São Luís-MA, 2018 ...	44
Gráfico 2 - Preenchimento dos Diagnósticos de Enfermagem em prontuários de pacientes no perioperatório de cirurgia cardíaca, São Luís-MA, 2018 ...	47
Gráfico 3 - Preenchimento das Prescrições de Enfermagem em prontuários de pacientes no perioperatório de cirurgia cardíaca, São Luís-MA, 2018 ...	50
Gráfico 4 - Preenchimento da Implementação da Assistência de Enfermagem em prontuários de pacientes no perioperatório de cirurgia cardíaca, São Luís-MA, 2018.....	52
Gráfico 5 - Preenchimento da Evolução de Enfermagem em prontuários de pacientes no perioperatório de cirurgia cardíaca, São Luís-MA, 2018 ...	54

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição de frequência das variáveis sócio-demográficas dos pacientes no perioperatório de cirurgia cardíaca, São Luís, 2018.....	35
Tabela 2 - Distribuição de frequência das variáveis clínicas: doença prévia e doença prevalente (diagnóstico médico) dos pacientes no perioperatório de cirurgia cardíaca, São Luís-MA, 2018	38
Tabela 3 - Distribuição de frequência das variáveis clínicas: reoperação, complicação e tipo de cirurgia apresentada pelos pacientes submetidos a cirurgia cardíaca, São Luís-MA, 2018	39
Tabela 4 - Estatística descritiva das variáveis numéricas dos pacientes no perioperatório de cirurgia cardíaca, São Luís-MA, 2018	42
Tabela 5 - Etapas do processo de enfermagem a pacientes no perioperatório de cirurgia cardíaca no período de 2013-2015, São Luís-MA, 2018.....	57

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	OBJETIVOS	21
2.1	Objetivo geral	21
2.2	Objetivos específicos	21
3	REFERENCIAL TEÓRICO	22
3.1	Teorias de Enfermagem.....	22
3.2	Teoria das Necessidades Humanas Básicas	23
3.3	Sistemas de Classificação das Práticas de Enfermagem NANDA/ NIC/NOC.....	29
4	METODOLOGIA.....	32
4.1	Tipo de estudo	32
4.2	Local e período do estudo	32
4.3	População e amostra.....	33
4.4	Técnica e instrumento de coleta de dados.....	33
4.5	Análise de dados	34
4.6	Princípios éticos	34
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	35
5.1	Levantamento sócio demográfico e clínico dos pacientes no perioperatório de cirurgia cardíaca.....	35
5.2	Operacionalização da Sistematização da Assistência de Enfermagem no Período Perioperatório	42
5.2.1	Histórico de Enfermagem	43
5.2.2	Diagnósticos de Enfermagem.....	46
5.2.3	Prescrição de Enfermagem	49
5.2.4	Implementação da Assistência de Enfermagem.....	51
5.2.5	Evolução de Enfermagem.....	53
6	CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
	REFERÊNCIAS	60
	APÊNDICE	66
	ANEXO	69

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a maior causa de óbito em todo o mundo são as doenças cardiovasculares. Cerca de 17,5 milhões de pessoas morrem todos os anos vítimas dessas doenças, que incluem ataques cardíacos e derrames. Também afirma que grande parte das vítimas têm comportamentos considerados não saudáveis, como o tabagismo, o consumo de alimentos com excesso de sal e o sedentarismo. Os dados mostram ainda que mais de 75% das mortes provocadas por doenças cardiovasculares são registradas em países de baixa e média renda e que 80% dos óbitos são causados especificamente por ataques cardíacos e derrames (BRASIL, 2016).

Segundo o Ministério da Saúde, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 29,4% de todas as mortes registradas no País em um ano. Isso significa que mais de 308 mil pessoas faleceram principalmente de infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral. A frequência elevada do problema coloca o Brasil entre os 10 países com maior índice de mortes por doenças cardiovasculares. Estas doenças são aquelas que afetam o coração e as artérias, como os já citados infarto e acidente vascular cerebral, e também arritmias cardíacas, isquemias ou anginas; sendo sua principal característica a presença da aterosclerose (acúmulo de placas de gorduras nas artérias ao longo dos anos que impede a passagem do sangue) (BRASIL, 2011).

As cardiopatias podem ser tratadas clínica, hemodinâmica e, quando nenhuma dessas formas são resolutivas, cirurgicamente. A perspectiva de se submeter ao procedimento cirúrgico causa diversas manifestações fisiológicas e psicológicas, principalmente medo e ansiedade ao paciente, o que resulta em efeitos negativos na sua recuperação pós-operatória. Além das alterações fisiológicas, como taquicardia e hipertensão arterial, que a ansiedade acarreta, com consequente aumento do consumo de oxigênio e piora da evolução da doença (ASSIS et al., 2014).

Vale destacar que o tratamento cirúrgico é uma opção viável para pacientes com doenças cardiovasculares, devido aos avanços nos procedimentos diagnósticos, no tratamento clínico, nas técnicas cirúrgicas e anestésicas, na assistência em unidades de terapia intensiva e cirúrgica, nos cuidados domiciliares e em programas de reabilitação (GONÇALVES et al., 2011).

Os pacientes submetidos à cirurgia cardíaca passam pela assistência perioperatória, que se inicia por uma série de exames e testes pré-operatórios, para que não ocorram surpresas e complicações. O procedimento apresenta grande morbidade e tem suas complicações relacionadas à situação pré-operatória e à circulação extracorpórea (CEC) utilizada durante a operação, sendo necessário que os pacientes submetidos a esses procedimentos estejam bem preparados hemodinâmica e psicologicamente para o pós-operatório (LAIZO; DELGADO; ROCHA, 2010).

Na literatura especializada é conferido destaque a três tipos de cirurgia cardíaca: corretoras (fechamento de canal arterial, de defeito de septo atrial e ventricular), reconstrutoras (revascularização do miocárdio, plastia de valva aórtica, mitral ou tricúspide) e substitutivas (trocas valvares e transplantes), sendo a Revascularização do Miocárdio (RVM) o tipo mais comum de cirurgia reconstrutora. Nela, um vaso sanguíneo (com maior frequência a veia safena e/ou a artéria mamária interna) sofre anastomose distal ao ponto de oclusão à aorta ascendente, de maneira a isolar o local do vaso obstruído e restabelecer a perfusão arterial na área isquêmica (AMORIM; SALIMENA, 2015)

Outro ponto importante a ser considerado na cirurgia cardíaca diz respeito ao tempo de internação, que pode se tornar prolongado devido a complicações e/ou intercorrências, e a recuperação longa e gradual. As intercorrências pós-operatórias costumam ser comuns, tais como, atelectasia, pneumonia, broncoespasmo, [insuficiência respiratória, dentre outras. Torna-se importante conhecer quais intercorrências apresentadas pelo paciente no pré e pós-operatório estão relacionadas ao período de internação para cirurgia, visto que o tempo de internação prolongado tende a estar diretamente relacionado a alterações clínicas no paciente (KOERICH et al., 2017).

As primeiras 24hs antes do procedimento anestésico-cirúrgico até o encaminhamento do paciente ao Centro Cirúrgico (CC) compreende o período pré-operatório imediato. O transoperatório vai desde o momento em que o paciente é recebido na unidade de CC até sua saída da Sala de Operações (SO). O período pós-operatório compreende todo o período após a realização do procedimento anestésico-cirúrgico e se subdivide em 3 momentos: Recuperação pós-anestésica, pós-operatório imediato e pós-operatório mediato. O pós-operatório imediato compreende as primeiras 24hs após a intervenção anestésico-cirúrgica, nela está incorporada a

permanência na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA) ou, no caso das cirurgias cardíacas, na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO, 2013).

O pós-operatório imediato na UTI constitui um período crítico, que necessita de uma monitorização cautelosa e rigorosa, pelo fato de uma grande quantidade de cirurgias cardíacas exigirem CEC, que desencadeia uma série de alterações nas funções fisiológicas do paciente, elevando o risco de complicações, havendo, ainda, necessidade de avaliação criteriosa das alterações apresentadas, assim como uma intervenção de forma rápida e precisa, buscando o restabelecimento das funções vitais do paciente (MELO et al., 2012).

As complicações que aumentam o tempo de internação na UTI são, principalmente, aquelas relacionadas à função respiratória, DPOC e tabagismo, congestão pulmonar, tempo de ventilação mecânica prolongado, infecções, insuficiência renal, Acidente Vascular Encefálico e instabilidade hemodinâmica, como hipertensão arterial, arritmias e IAM (LAIZO; DELGADO; ROCHA, 2010).

Mais raramente, uma complicação surge após o quinto ou o sétimo dia de pós-operatório. Avaliações frequentes das funções de todos os sistemas são fundamentais para a identificação de complicações já instaladas ou de pequenos desvios que, se não corrigidos, poderão desenvolver alterações severas e de difícil reversão (SOUZA; ELIAS, 2006).

Os profissionais de enfermagem devem atentar para os sinais e sintomas do paciente em pós-operatório (PO), conhecer a sua história pregressa e a evolução do tratamento nos períodos pré e trans operatórios, visando prever e prover cuidados que se fizerem necessários. Tais descrições podem indicar a presença de distúrbios relacionados à função e ao ritmo cardíaco, como a fibrilação atrial, que é uma das arritmias mais frequentes pós cirurgia de revascularização do miocárdio; alterações na função pulmonar; complicações cerebrovasculares, como êmbolos de aorta aterosclerótica e de outros vasos, como também presença de hipotensão intraoperatória, particularmente em pacientes com hipertensão anterior (CRUZ; LOPES, 2010).

Dessa forma, o PO de cirurgia cardíaca exige da equipe de saúde observação contínua, tomada de decisão rápida e cuidado de alta complexidade. Os profissionais de enfermagem são os que compõem esta equipe em maior número e

em tempo integral e assistem ao paciente visando minimizar possíveis complicações, tais como alterações nos níveis pressóricos, arritmias e isquemias, além de manter o equilíbrio dos sistemas orgânicos, o alívio da dor e do desconforto. Em prol da qualidade da assistência de enfermagem prestada, o enfermeiro deve organizar e planejar o cuidado a partir da aplicação das etapas metodológicas do processo de enfermagem, de modo a intervir de acordo com as necessidades do paciente, promover sua rápida recuperação e desospitalização precoce (DUARTE et al., 2012).

O paciente submetido à cirurgia cardíaca apresenta grande vulnerabilidade, requerendo ações sistemáticas e bem elaboradas por parte deste profissional. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) veio consolidar as práticas do cuidado, visto que constitui um instrumento de trabalho para o enfermeiro aplicar seus conhecimentos técnico-científicos, caracterizando sua prática profissional e favorecendo o cuidado e a organização das condições necessárias para que o cuidado seja realizado pela equipe (CRUZ; LOPES, 2010).

A resolução nº 358 de 2009, do Conselho Federal de Enfermagem (2009) dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem nas instituições de saúde brasileiras, como uma atividade privativa do Enfermeiro que utiliza método e estratégias de trabalho científico para a identificação das situações de saúde/doença, subsidiando ações de assistência de Enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, da família e da comunidade. Determina também, que a composição da SAE, a partir da documentação das etapas do Processo de Enfermagem (PE) registradas formalmente no prontuário do paciente, devem conter: Coleta de Dados ou Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação e Avaliação de Enfermagem; e que é de extrema importância para a realização do processo que a equipe de enfermagem execute todas as etapas.

Para o Conselho Federal de Enfermagem (2009), o PE, antes visualizado como sinônimo de SAE, passa a ser entendido como fenômeno relacionado, porém, distinto da SAE, conforme Resolução nº 358/2009. A SAE organiza o trabalho do enfermeiro quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de enfermagem. O PE é definido como um instrumento metodológico composto de cinco etapas, e torna possível a documentação da prática profissional.

Os enfermeiros permanecem durante todo o período de internação hospitalar acompanhando o paciente, prestando assistência ininterrupta, o que permite realizar observação direta, bem como identificar as respostas humanas e traçar os diagnósticos de enfermagem, para construir o plano de cuidados a ser implementado de forma individualizada e personalizada (DUARTE et al., 2012).

O paciente internado para a cirurgia cardíaca exige cuidados de enfermagem fundamentados nas necessidades do paciente como um todo, as quais devem ser observadas e respeitadas durante os procedimentos, viabilizando a qualidade do processo operatório. Nesse contexto, o cuidado do enfermeiro deve suprir essas necessidades, incluindo as de ordem psicossocial, envolvendo os fatores socioculturais e patológicos. Ademais, com o avanço das técnicas de cirurgias cardíacas, houve o aprimoramento dos cuidados de enfermagem no perioperatório, o que contribuiu para sistematizar as ações do enfermeiro. A Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) possibilita a melhoria da qualidade da assistência prestada ao paciente cirúrgico, operacionalizada por meio do PE constituindo-se das seguintes etapas: histórico do paciente, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação ou evolução de enfermagem. Estas etapas preconizam a atuação do enfermeiro nos períodos pré-operatório, transoperatório e pós-operatório (GONÇALVES et al., 2011).

Para Cruz e Lopes (2010), a sistematização otimiza o cuidado, já que privilegia as ações de enfermagem de forma organizada, permitindo visibilidade de toda a equipe e pelo enfermeiro na gestão assistencial. Além disso, referem que o levantamento de diagnósticos de enfermagem subsidia o desenvolvimento do conhecimento técnico-científico, sustentam e caracterizam a enfermagem enquanto disciplina e ciência, beneficiando diretamente os pacientes, bem como à instituição e todos os membros da equipe multidisciplinar.

A avaliação do registro das etapas do PE tem sua importância como facilitadora da valorização da assistência de enfermagem a ser estabelecida para o cuidado ao cliente/paciente. A perspectiva de que os cuidados aos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca são complexos e dinâmicos; e a importância da continuidade desses cuidados na organização e na documentação da assistência de enfermagem prestada, levaram-nos ao seguinte questionamento: as etapas do processo de enfermagem para os pacientes submetidos a cirurgia cardíaca, são

realizadas? E como são registradas? A partir desses questionamentos emergiu-se a necessidade de avaliar a realização do processo de enfermagem a esses pacientes.

O serviço de cirurgia cardiovascular do Hospital Universitário em estudo foi idealizado em 2001 e é referência em tecnologia e atendimento de alta complexidade. O serviço possui grande demanda e é composto por uma secretaria de cirurgia cardíaca, setor ambulatorial e de hemodinâmica, clínica cirúrgica (enfermaria), sala de cirurgia cardíaca e Unidade de Terapia Intensiva Cardiológica (UTI Cardio).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem no hospital, nos setores da clínica cirúrgica e UTI Cardio, existe desde o surgimento do serviço de cirurgia cardíaca, porém, no ano de 2014, foi implantado o módulo de enfermagem do Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU), alterando o Processo de Enfermagem utilizado nos setores. Apoiada na assertiva de que os pacientes submetidos à cirurgia cardíaca necessitam de cuidados complexos e dinâmicos, foi visto a necessidade de analisar a implementação desse processo a esses pacientes; ao mesmo tempo em que se torna possível fazer o levantamento das características sociodemográficas dos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca no Hospital de estudo.

É importante salientar que a autora desse estudo possui afinidade pelo tema, pois faz parte do quadro da equipe de cirurgia cardíaca do referido hospital como enfermeira perfusionista, ou seja, realiza o procedimento de CEC durante a cirurgia, ao mesmo tempo que presta assistência de enfermagem direta a esses pacientes durante todo o período intraoperatório, motivo pelo qual despertou o interesse no estudo.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem a pacientes no perioperatório de cirurgia cardíaca em um Hospital Universitário.

2.2 Objetivos específicos

- a) Fazer o levantamento sóciodemográfico e clínico dos pacientes no perioperatório de cirurgia cardíaca;
- b) Identificar as etapas do processo de enfermagem aplicado ao paciente no perioperatório de cirurgia cardíaca;
- c) Verificar o registro das etapas do processo de enfermagem implementado ao paciente no perioperatório de cirurgia cardíaca.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

A utilização de modelo conceitual na Sistematização da Assistência de Enfermagem permite o desenvolvimento de ações fundamentadas em um referencial teórico que possa guiar a implantação e implementação do processo de enfermagem nas unidades hospitalares. O módulo de enfermagem do AGHU implantado no Hospital Universitário, tem como base o modelo teórico defendido por Horta (1979) que foi desenvolvido a partir da Teoria de Maslow que se fundamenta na Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) e no referencial de João Mohana. Acredita-se que este modelo atenda às necessidades dos pacientes internados nos hospitais universitários.

Neste capítulo é apresentado o referencial teórico que subsidia o estudo, o qual é composto por três tópicos, o primeiro apresenta o início das teorias de enfermagem no Brasil e no mundo, o segundo descreve a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta e o terceiro expõe acerca do Sistema de Classificação das Práticas de Enfermagem - Diagnósticos, Intervenções e Resultados da NANDA/NIC/NOC, respectivamente, os quais, dentre outros sistemas, são utilizados atualmente nos serviços de saúde.

3.1 Teorias de Enfermagem

A assistência holística da Enfermagem teve início quanto a visão de cuidados biomédicos começa a ser enriquecida com um novo enfoque do ser humano, dando ênfase na pessoa e na promoção da sua integralidade e não mais na sua patologia (MEDEIROS; SANTOS; CABRAL, 2013).

A partir da década de 50 os (as) enfermeiros (as) perceberam a necessidade de desenvolver conhecimentos específicos com a elaboração de teorias próprias e tendo como marco a divulgação do PE, sugerindo que os diagnósticos de enfermagem deveriam ser diferentes dos diagnósticos médicos. A partir de então outros teóricos desenvolveram e publicaram novas Teorias de enfermagem em que selecionaram e inter-relacionaram a partir de diferentes pontos de vista filosóficos, conceitos que refletem a natureza e o escopo da enfermagem (GARCIA; EGRY, 2010).

As teorias de enfermagem foram elaboradas para explicitarem a complexidade e multiplicidade dos fenômenos presentes no campo da saúde e, também, para servirem como referencial teórico/metodológico/prático aos enfermeiros que se dedicam à construção de conhecimentos, ao desenvolvimento de investigações e à assistência no âmbito da profissão. Para tanto, estas teorias, de uma maneira geral, se estruturam a partir de quatro conceitos centrais, quais sejam: ser humano, saúde, meio ambiente (físico, social e simbólico) e enfermagem (SCHAURICH; CROSSETTI, 2010).

O interesse pelo desenvolvimento de teorias de enfermagem surgiu por duas razões principais: os(as) enfermeiros(as) perceberam que o desenvolvimento de teorias específicas da enfermagem ajudaria no firmamento da profissão; em segundo lugar, os teóricos estavam motivados pelo real valor das teorias para a área e pela importância do crescimento e enriquecimento da teoria para a enfermagem em si. Com o passar dos tempos, surgiram novas teorias e novos modelos de assistência, inicialmente nos Estados Unidos, onde o interesse tomou força com o surgimento dos cursos de mestrado em Enfermagem (CARRARO, 1997).

Compreende-se que as teorias de enfermagem têm contribuído para a formação de uma base relativamente sólida de conhecimento, que organiza o mundo fenomenal da Enfermagem. Neste sentido, elas podem ser consideradas fundamentais à construção do saber e à prática profissional, pois têm auxiliado na orientação dos modelos clínicos da enfermagem e têm possibilitado que os profissionais descrevam e expliquem aspectos da realidade assistencial, auxiliando no desenvolvimento da teoria, pesquisa e prática na área. Faz-se relevante considerar que o conhecimento produzido a partir desta linguagem específica precisa levar em conta que o compromisso social da profissão está em aliar o cuidado de enfermagem às vivências e experiências de saúde humana (SCHAURICH; CROSSETTI, 2010).

3.2 Teoria das Necessidades Humanas Básicas

Wanda Horta foi a primeira enfermeira a falar sobre teoria no campo profissional da enfermagem brasileira, na segunda metade dos anos 60. Publicou seu primeiro livro no ano de 1970 “Contribuição a uma Teoria sobre Enfermagem”,

ponderada como um marco no processo de enfermagem e, em 1979, publicou o livro “Processo de Enfermagem” com a coparticipação de Brigitta E. P. Castellanos. O livro “Processo de Enfermagem”, está fundamentado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Maslow, e a partir daí operacionaliza o Processo de Enfermagem e o define como a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência ao ser humano. O mesmo, caracteriza-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos (LUCENA; BARREIRA, 2011).

A fundamentação teórica de Wanda Horta foi embasada na Teoria da Motivação Humana de Abraham Maslow intitulada *Motivacion e Personality*, na determinação de cinco níveis de necessidades: fisiológicas, segurança, sociais, autoestima, autorrealização e, sob classificação de João Mohana, em necessidades de níveis psicobiológicos, psicossociais e psicoespirituais. Apoiou-se nas leis do equilíbrio, da Adaptação e do Holismo, para construir a Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHBs) (HORTA, 1979; 2011).

Em meado do século XIX a expressão processo de enfermagem ainda não era utilizada, muito embora Florence já utilizava a precisão de ensinar as enfermeiras, a observar e criar um julgamento sobre o que foi observado (CARRARO, 1997).

A teoria de Horta (1979) apresenta uma proposta para a enfermagem com a colocação de filosofia, proposições, conceitos, definições e princípios. Os testes de teorias devem validar ou refutar essas propostas, o que pode ser feito progressivamente com cada um de seus componentes; pois um princípio é uma premissa chave ou suposição básica que é essencial para expor ou explicar uma teoria (PAGLIUCA, 1993).

Para a formulação da Teoria das Necessidades Humanas Básicas, Wanda Horta, se sustentou “nas leis gerais que regem os fenômenos universais”, como, a lei do equilíbrio, a lei da adaptação e a lei do holismo. Ela destaca que na lei do equilíbrio (homeostase) é determinado que o universo se mantém e está sendo influenciado por processos de equilíbrio dinâmico entre os seus seres, e como o ser humano é parte desse universo, está sujeito a todas as leis que o regem no tempo e espaço (HORTA, 1979; 2011).

A lei da adaptação mostra que o universo, num processo dinâmico, pode provocar situações de equilíbrio e desequilíbrio e que todos os seres do universo sempre buscam formas de ajustamento para se manterem em equilíbrio, dando e recebendo energia (HORTA, 1979; 2011; MARQUES; MOREIRA; NOBREGA, 2008).

A lei do holismo afirma que o ser humano deve ser considerado um todo integrado, holístico, com necessidades que são de nível biopsicossocioespiritual, e que, portanto, o ser humano é um todo, a célula é um todo, e que este todo é muito mais que a soma de suas partes integradas (TANNURE, 2012).

Maslow baseia sua teoria sobre a motivação humana nas necessidades básicas, que são apresentadas de forma hierárquica em cinco níveis de prioridade: necessidades fisiológicas, de segurança, de amor, de estima e de autorrealização. O indivíduo só passa a satisfazer suas necessidades do nível seguinte após um mínimo de satisfação das anteriores, variando-se esta sistemática em alguns indivíduos. Maslow ainda afirma que nunca há satisfação completa ou permanente de uma necessidade, do contrário, não haveria motivação individual (HORTA, 1979; 2011).

O primeiro nível diz respeito às necessidades de água, ar, alimento e eliminação; o segundo corresponde a proteção, compreendendo a segurança física e psicológica; o terceiro nível contém as necessidades de amor, de amizade, relações interpessoais; o quarto nível engloba a autoestima, envolvendo a autovalorização e a autoconfiança; o último e quinto nível corresponde ao alcance da habilidade de resolver problemas e lidar com as situações de vida (TANNURE, 2012).

As necessidades humanas básicas, segundo a classificação de Mohana (1989) é feita nos níveis psicobiológico, psicoespiritual e psicossocial; como pode ser visualizado no quadro 1.

Quadro 1 - Classificação das Necessidades Humanas Básicas por João Mohana

NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS		
PSICOBIOLOGICAS	PSICOSSOCIAIS	PSICOESPIRITUAIS
Oxigenação Hidratação Nutrição Eliminação Sono e repouso Exercício e atividades físicas Sexualidade Abrigo Mecânica Corporal Motilidade Cuidado corporal Integridade cutâneomucosa Integridade física Regulação: térmica, hormonal, neurológica, hidrossalina, eletrolítica, imunológica, crescimento celular, vascular Locomoção Percepção: olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa, dolorosa Ambiente Terapêutica	Segurança Amor Liberdade Comunicação Criatividade Aprendizagem (educação à saúde) Gregária Recreação Lazer Espaço Orientação no tempo e espaço Aceitação Autorrealização Autoestima Autoimagem Atenção	Religiosa ou teológica Ética ou filosofia de vida

Fonte: Horta (2011, p. 39)

Em sua classificação, ele coloca a necessidade psicológica em todos os níveis e descreve que há componentes inconscientes em cada um dos três planos; ele expõe que são forças existentes em nós, seres humanos, que independente de educação, cultura e leitura, se mostram, instintivamente. Ele mostra que independentemente de um indivíduo nunca ter frequentado escola, igreja, e se manter isolado de outros povos, pesquisadores constataram que a satisfação das necessidades biológica, social e espiritual sempre estará presente (MOHANA, 1989).

Forças, instintos ou energias inconscientes que surgem sem planejamento, do nível psicobiológico do homem são consideradas as necessidades psicobiológicas,

e estão subdivididas em 16 subgrupos: regulação neurológica, percepção dos órgãos dos sentidos, oxigenação, regulação vascular, regulação térmica, hidratação, eliminação, integridade física, atividade física, cuidado corporal, segurança física/meio ambiente, sexualidade, regulação, crescimento celular e terapêutica (MARQUES; MOREIRA; NOBREGA, 2008).

As necessidades psicossociais é, entre outras, a necessidade do indivíduo de conviver, participar e integrar-se com outros indivíduos. E sendo esse indivíduo um ser vivo que possui necessidades de ordem complexa que procura sua origem, questiona a sua natureza, o seu destino e a razão de sua existência; suas indagações vão além dos limites da matéria; possuem necessidades espirituais (ATKINSON; MURRAY, 1989).

Segundo Horta (1979; 2011), na enfermagem é apresentado o Ser, que constitui a realidade, “aquilo que é”, sendo apresentado de três formas distintas: o Ser-Enfermeiro, o Ser-Cliente ou Paciente e o Ser-Enfermagem. O primeiro Ser, o Ser-Enfermeiro, é um ser humano que possui peculiaridades, que carrega consigo experiências já vivenciadas, influência sociocultural e econômica do âmbito onde se desenvolveu, que possui potencialidades, frustrações, medos e que está aberto para novas vivências; nele também está inserido o compromisso assumido com a enfermagem, que foi adquirido ao longo dos anos de sua formação, onde o conhecimento recebido e a habilidade aperfeiçoada fizeram - o enfermeiro, dando-lhe o direito de cuidar de outro ser humano, como Horta coloca o Ser-Enfermeiro é “gente que cuida de gente”.

Wanda Horta também defende que a enfermagem é parte integrante da equipe de saúde, e assim, ela implementa estados de equilíbrio, previne estados de desequilíbrio e reverte desequilíbrios pela assistência ao ser humano no atendimento de suas necessidades básicas. Desta teoria decorrem conceitos, proposições e princípios que fundamentam a ciência de enfermagem. Partindo-se da teoria proposta, o primeiro conceito que se impõe é o de enfermagem como ciência e arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, tornando-o independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado; de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais; assim como, assistir em enfermagem é: fazer pelo ser humano aquilo que ele não pode fazer por si mesmo, ajuda-lo (HORTA, 1979; 2011).

Desses conceitos, algumas proposições são inferidas, dentre elas, Horta (1979; 2011) afirma que as funções da(o) enfermeira(o) podem ser consideradas em três áreas ou campos de ação distintos: área específica: assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas e torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do auto-cuidado; área de interdependência ou de colaboração: manter, promover e recuperar a saúde como parte integrante da equipe de saúde e, área social: dentro de sua atuação como um profissional a serviço da sociedade, função de pesquisa, ensino, administração, responsabilidade legal e de participação na associação de classe.

Ainda, segundo a autora, “O processo de enfermagem é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência ao ser humano. Caracteriza-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos.” (HORTA, 2011, p. 34). Distinguem-se seis fases ou passos; a inter-relação e a igual importância destas fases no processo podem ser representadas graficamente por um hexágono na figura abaixo.

Figura 1 - Fases do Processo de Enfermagem



Fonte: Horta (2011, p. 34)

O histórico de enfermagem é primeiro passo na realização do processo de enfermagem, nessa etapa que o enfermeiro fará o levantamento de dados do indivíduo seguindo um roteiro sistematizado para identificação dos problemas. O passo seguinte é o diagnóstico de enfermagem realizado pela análise e avaliação dos dados coletados, que levará a identificação das necessidades humanas básicas

afetadas do indivíduo e do seu grau de dependência em natureza e extensão. Em seguida, após a análise e avaliação do diagnóstico estabelecido, o enfermeiro irá elaborar o plano assistencial, que é realizado na terceira fase do processo, onde há determinação global da assistência sistematizada que o indivíduo deve receber, com o uso de termos do conceito de assistir em enfermagem, sendo eles: encaminhar, supervisionar, orientar, ajudar e fazer. A quarta etapa, é denominada plano de cuidados ou prescrição de enfermagem, é realizada pela implementação do plano assistencial, com um roteiro de cuidados com aprazamentos para coordenar as ações diárias da equipe de enfermagem na execução das atividades (HORTA, 1979; 2011).

A quinta etapa, a Evolução de Enfermagem, é o relato diário ou periódico de mudanças no paciente sob assistência. De acordo com a evolução, poderá ocorrer mudanças nos diagnósticos de enfermagem, no Plano assistencial e no plano de cuidados. O prognóstico de enfermagem é entendido como a estimativa da capacidade de ser humano em atender às suas necessidades básicas após a implementação do plano assistencial e de acordo com os dados colhidos na evolução. Um bom prognóstico leva à independência da enfermagem, ao auto-cuidado. Nesta etapa pode-se avaliar todo o processo de enfermagem (HORTA, 1979; 2011).

A enfermagem respeita e mantém a unicidade, sua assistência deve ser realizada com o emprego da individualidade do ser humano. Na consulta de enfermagem, o histórico é relacionado ao ser humano e não à sua doença ou comorbidade; a prescrição e evolução de enfermagem, fundamenta-se no desequilíbrio como um todo; todo cuidado de enfermagem é baseado na teoria das necessidades humanas básicas. A enfermagem deve reconhecer o ser humano como membro de uma família e respeitar a natureza da realidade de uma comunidade (PAGLIUCA, 1993).

3.3 Sistemas de Classificação das Práticas de Enfermagem NANDA/ NIC/NOC

Os modelos teóricos utilizados como referencial para a sistematização da assistência de enfermagem aprimoram a prática desses profissionais; proporcionando meios para organização das informações, para análise e interpretação dos dados, para cuidar e avaliar os resultados desse cuidado. Acredita-se na ciência da enfermagem que vem se desenvolvendo através da criação de teorias próprias, por meio de pesquisas e da sistematização da sua assistência prestada. Com o avanço

das teorias de enfermagem, criou-se um método científico, específico e sistemático para o fazer do enfermeiro, desenvolvendo-se o processo de enfermagem (AMANTE; ROSSETTO; SCHNEIDER, 2009).

Para a eficácia da implementação da SAE, o enfermeiro deve estar pautado em um referencial teórico, ou seja, definir uma teoria de enfermagem que seja condizente com a realidade da clientela atendida e do ambiente organizacional. É necessário o conhecimento das teorias de enfermagem antes de realizar uma proposta de implementação, haja vista que o uso destas direciona os enfermeiros na definição de seus papéis, na aproximação da realidade e na qualidade do desempenho profissional, bem como na produção de conhecimento (ALCÂNTARA et al., 2011).

Para a implantação e operacionalização do cuidar o enfermeiro utiliza o método do Processo de Enfermagem, o qual usa instrumental conceitual e técnico para abordar a realidade da prática além de possibilitar que os enfermeiros identifiquem a presença das necessidades humanas básicas afetadas nos pacientes internados nas unidades específicas. Com isso, os consequentes diagnósticos serão classificados e respectivas intervenções de enfermagem serão estabelecidas; a equipe de enfermagem consegue prestar uma assistência planejada, fundamentada em conhecimentos, viabilizando um cuidado objetivo e individualizado (REPPETTO; SOUZA, 2005).

Na década de 1970, iniciou-se um processo de classificação da nomenclatura diagnóstica de enfermagem, que resultou no desenvolvimento do Sistema de Classificação de Diagnósticos de Enfermagem da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA-I). O estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem representa uma etapa fundamental do processo de enfermagem, pois eles expressam o julgamento clínico das necessidades de cuidados identificadas, e fornecem o embasamento para o estabelecimento das intervenções, influenciando diretamente nos resultados esperados (PIVOTO et al., 2010).

A atual Taxonomia da NANDA Internacional é estruturada com base em sete eixos, compreendendo três níveis, expressos em 13 domínios, 47 classes e 234 diagnósticos de enfermagem. O Domínio “é uma esfera de conhecimento, influência ou indagação”; a Classe: “é um grupo ou espécie de compartilhamento de atributos comuns”. A NANDA define o diagnóstico de enfermagem como “um julgamento clínico sobre a resposta de um indivíduo, família ou comunidade com relação a problemas

de saúde reais ou potenciais, como um processo de vida que fornece a base para uma terapia definitiva que busca alcançar resultados nos quais a enfermagem é necessária” (NANDA-INTERNACIONAL, 2015, pag. 21).

Em conjunto com os diagnósticos de enfermagem propostos pela NANDA, temos a *Nursing Intervention Classification* (NIC), outra classificação abrangente e padronizada das intervenções realizadas pelas enfermeiras, útil para a documentação clínica, para a comunicação de diferentes cuidados entre unidades de tratamento, para a integração de dados em sistemas de informação que pode ser utilizada em todos os locais de atuação em enfermagem. A NIC Inclui aspectos fisiológicos e psicossociais, tratamento e prevenções das doenças, cada uma classificada com um título que a identifica e também uma definição que permite o entendimento do título, além de um conjunto de atividades para serem executadas, acrescidas de bibliografia que fundamentam os cuidados, evidenciada numa listagem de 486 intervenções, empregadas de forma específica em cada uma das especialidades (BULECHECK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010).

As últimas duas décadas foram focadas na determinação dos resultados do paciente em resposta às ações de saúde, buscando identificar os efeitos dos cuidados prestados. As necessidades das enfermeiras para descrever e mensurar os resultados da prática foram crescendo e assim criaram-se terminologias, sendo a *Nursing Outcomes Classification* (NOC), iniciada em 1991, a mais desenvolvida e utilizada (MOORHEAD et al., 2010). As pesquisadoras que lideraram os estudos da NIC e da NOC desenvolveram ligações entre as três classificações (NANDA-I/NIC/NOC) (SEGANFREDO; ALMEIDA, 2011).

A NOC é complementar à classificação da NANDA-I, que agrupa os Diagnósticos de Enfermagem (DE) e à *Nursing Intervention Classification* - NIC, que agrupa as intervenções e atividades de enfermagem. Essas três terminologias se complementam e são utilizadas em sistemas informatizados para a aplicação do PE. Esse método pode ser entendido como uma atividade intelectual deliberada, que auxilia a enfermeira na tomada de decisões, cujo foco reside na obtenção dos resultados esperados (SEGANFREDO; ALMEIDA, 2011).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Foi realizada análise documental retrospectiva para o estudo.

A análise documental consiste em identificar, verificar e apreciar os documentos com uma finalidade específica e, nesse caso, preconiza-se a utilização de uma fonte paralela e simultânea de informação para complementar os dados e permitir a contextualização das informações contidas nos documentos. Ela deve extrair um reflexo objetivo da fonte original, permitir a localização, identificação, organização e avaliação das informações contidas no documento, além da contextualização dos fatos em determinados momentos (MOREIRA, 2005).

4.2 Local e período do estudo

A pesquisa foi realizada em um Hospital Universitário, localizado na cidade de São Luís – Maranhão. O atendimento no Hospital Universitário é em sua totalidade pelo Sistema Único de Saúde, o mesmo é responsável pela assistência à população nas diversas especialidades médicas e cirúrgicas, bem como unidades de alta complexidade. O Hospital apresenta-se em duas unidades, possui 573 leitos disponibilizados ao Sistema Único de Saúde e divididos nas unidades de atendimento ambulatorial e de internação, sendo 63 distribuídos nas UTIs neonatal, pediátrica, adulto e cardiológica. A instituição tem como filosofia de trabalho a integração das atividades de assistência, ensino e pesquisa (BRASIL, 2017).

O serviço de cirurgia cardíaca adulto do Hospital Universitário (HU), criado em 2001, possui grande demanda, realiza em média, uma cirurgia cardíaca por dia, totalizando 20 cirurgias por mês e conta com uma média de 4 cirurgias em adultos por semana. Está estruturado em uma secretaria da cirurgia cardíaca, onde os procedimentos são planejados e agendados; o setor ambulatorial, onde são realizadas as consultas; setor de hemodinâmica, para realização de exames e outros procedimentos; clínica cirúrgica (enfermaria), onde o paciente é admitido para o pré-operatório e recebido após alta da UTI Cardio, Bloco Cirúrgico Adulto, onde o procedimento cirúrgico é realizado e UTI Cardio, que recebe os pacientes no pós-operatório imediato (BRASIL, 2017).

A coleta de dados da pesquisa foi realizada no período de outubro a dezembro de 2017 no Setor de Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do Hospital Universitário, compreendendo os prontuários dos pacientes que realizaram cirurgia cardíaca no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2015.

4.3 População e amostra

Foram escolhidas as cirurgias cardíacas de Troca/Implante/Plastia de válvula e Revascularização do miocárdio por serem as cirurgias cardíacas com maior quantitativo de realização no Hospital Universitário. Foram coletados dados dos prontuários dos pacientes que estiveram internados e realizaram as respectivas cirurgias cardíacas no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2015, pois compreende um período anterior e posterior à implantação do AGHU no Hospital Universitário em estudo, implantado em maio de 2014, o qual mudou o processo de Enfermagem utilizado nos setores.

Crítérios de inclusão: Foram incluídos na pesquisa os prontuários de todos os pacientes adultos que realizaram cirurgia cardíaca de Troca/Implante/Plastia de válvula e Revascularização do miocárdio no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2015.

Crítérios de exclusão: pacientes que evoluíram ao óbito no intraoperatório e pós-operatório; demais tipos de cirurgias cardíacas.

A população totalizou 629 prontuários que, após exigências dos critérios de inclusão e exclusão, obteve-se 239 prontuários para a amostra do estudo.

4.4 Técnica e instrumento de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada após aprovação do Comitê de Ética em pesquisa do HUUFMA. Foi realizado o levantamento dos pacientes que realizaram cirurgia cardíaca de troca/plastia/implante de válvula cardíaca e Revascularização do miocárdio no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2015 na secretaria do serviço de cirurgia cardíaca, em seguida foram solicitados os prontuários dos pacientes no SAME. Após localização dos prontuários, os dados dos pacientes e da implementação do processo de enfermagem foram coletados no formulário de análise do Processo de Enfermagem (APÊNDICE A) onde foram registradas as informações sócio

demográficas e todas as etapas do processo de enfermagem aplicado a esses pacientes.

O formulário consta de duas fases: a primeira consiste no levantamento sociodemográfico e clínico dos pacientes; e a segunda na identificação das etapas do processo de enfermagem e seu registro. Cada etapa da segunda fase teve uma base de referência para sua análise. Para o histórico de enfermagem foi utilizado o formulário do Histórico de enfermagem utilizado no Hospital Universitário, fundamentado nas necessidades humanas básicas; os diagnósticos de Enfermagem tiveram como referência para análise os Diagnósticos de Enfermagem da NANDA Internacional (2015); para a prescrição e implementação da Assistência de Enfermagem, as Intervenções de Enfermagem da NIC (BULECHECK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010); e a evolução de enfermagem foi analisada tomando como base o Processo de enfermagem de Wanda Horta (HORTA, 1979; 2011).

4.5 Análise de dados

Os dados foram avaliados pelo programa *IBM SPSS Statistics 20* (2011). Inicialmente, foi aplicado a estatística descritiva, ou seja, gráficos e tabelas de frequência de todas as variáveis. Posteriormente, foi feito a estatística descritiva das variáveis numéricas (idade, peso, tempo de UTI e tempo total) e analisados segundo a literatura.

4.6 Princípios éticos

A pesquisa seguiu os princípios éticos estabelecidos na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Solicitou-se a autorização para a Comissão Científica (COMIC) do HU em estudo, e somente após sua autorização foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HUUFMA, protocolado com registro 23523.000755/2017-67 e aprovado sob parecer de nº 43/2017 (ANEXO A).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Levantamento sócio demográfico e clínico dos pacientes no perioperatório de cirurgia cardíaca

A tabela 1 mostra a distribuição de frequência das variáveis sóciodemográficas dos pacientes no perioperatório de cirurgia cardíaca no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2015. Conforme se observa na tabela, maior proporção (61,1%) sexo masculino, entre 60 a 69 anos (33,9%), casados (54%), cor parda em sua maioria (51,9%). Dentre os 239 pacientes, 31,8% não informou sua escolaridade (item não preenchido), 13,8% não eram alfabetizados, 20,1% informaram escolaridade equivalente ao ensino fundamental incompleto.

Tabela 1 - Distribuição de frequência das variáveis sócio-demográficas dos pacientes no perioperatório de cirurgia cardíaca, São Luís-MA, 2018.
(continua)

Sócio-demográficos	n	%	Sócio-demográficos	n	%
Faixa etária			Sexo		
< 20	1	0.4	Feminino	93	38.9
20 – 29	14	5.9	Masculino	146	61.1
30 – 39	24	10.0	Escolaridade		
40 – 49	21	8.8	Analfabetos	76	31.8
50 – 59	56	23.4	Alfabetizado	33	13.8
60 – 69	81	33.9	Fundamental Incompleto	8	3.3
> 69	42	17.6	Fundamental Completo	48	20.1
Cor			Fundamental Incompleto	21	8.8
Branca	76	31.8	Médio Incompleto	2	0.8
Parda	124	51.9	Médio Completo	41	17.2
Preta	29	12.1	Superior Completo	9	3.8
Não preenchido	10	4.2	Pós-Graduação	1	0.4
Estado civil			Não preenchido		
Solteiro	81	33.9	Município		
Casado	129	54.0	São Luís	113	47.3
Viúvo	17	7.1	Outros municípios do Estado	120	50.2
Divorciado	3	1.3	Não preenchido	6	2.5
Não preenchido	9	3.8			

Tabela 1 - Distribuição de frequência das variáveis sócio-demográficas dos pacientes no perioperatório de cirurgia cardíaca, São Luís-MA, 2018. (conclusão)

Sócio-demográficos	n	%
Ocupação		
Aposentado	43	18
Lavrador	18	7.5
Dona de casa	11	4.6
Professor	4	1.7
Motorista	3	1.3
Autônomo	3	1.3
Estudante	3	1.3
Doméstica	2	0.8
Operadora de Caixa	2	0.8
Vendedora	2	0.8
Pescador	2	0.8
Outros	17	7.1
Não preenchido	129	54.0
Total	239	100.0

Fonte: Elaborada pela autora a partir de dados da pesquisa.

Em relação a essa variável, infere-se que a melhor escolaridade possibilita melhores condições de vida e, conseqüentemente, em melhores condições de saúde das pessoas (PESSUTO; CARVALHO, 1998).

A prevalência de homens submetidos a cirurgia cardíaca tem sido um resultado presente em outros estudos realizados com pacientes em pós-operatório desse tipo de cirurgia. Em relação à idade dos sujeitos, a predominância de pacientes idosos é evidente, apesar de ser conhecimento que a idade é um fator que influencia diretamente na recuperação pós-operatória, pois com o aumento da faixa etária, maiores são as complicações e menor a capacidade de recuperação (PETERSEN et al., 2011).

Entre as principais causas da alta taxa de mortalidade masculina estão as doenças cardiovasculares, neoplasias malignas, doenças isquêmicas do coração, além de causas externas (acidentes de trânsito e homicídios). Sendo comprovado que os homens apresentam taxas de mortalidade mais elevadas quando comparado às mulheres, a promoção da saúde adquire importante papel sócio-econômico e cultural, pois pessoas do sexo masculino tem tendência a deixar em segundo plano a qualidade da própria vida, seja por sobrecarga de trabalho, seja por assumir

comportamentos pouco saudáveis gerando fatores de risco para o adoecimento. Há também que se considerar fatores culturais, como o modelo da masculinidade hegemônica (LEITE et al., 2010).

Em uma pesquisa realizada em uma Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória Cardiológica no Rio Grande do Sul encontrou-se resultado semelhante na prevalência de pacientes do sexo masculino, na idade dos sujeitos e no tipo de cirurgias cardíacas (válvulas e revascularização do miocárdio) (PIVOTO et al., 2010).

Com relação à variável estado civil, o resultado foi similar ao encontrado em estudo transversal com pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca em Fortaleza/Ceará, onde a maioria também é casada. Também no que se refere ao nível educacional, os dados se assemelharam ao referido estudo, no qual 45,5% não haviam concluído o ensino fundamental e 31,8% não sabiam ler e escrever (OLIVEIRA et al., 2012).

Quanto à profissão e/ou ocupação, em mais da metade (54%) dos prontuários o item não foi preenchido, 17,2% eram aposentados, 7,5% lavradores e as demais percentagens entre diferentes ocupações. Quanto ao município, 47,3% residem na capital São Luís, enquanto 50,2% estão distribuídos em outros municípios do Estado, principalmente em Paço do Lumiar, Chapadinha e Imperatriz.

Já é de conhecimento que condição socioeconômica baixa é um dos fatores de risco psicossociais para as doenças cardiovasculares (DCVs), esse fato é associado à dificuldade na adesão a estilo de vida saudável, orientações e tratamentos. Entre os mecanismos que relacionam os fatores psicossociais com as DCVs incluem-se comportamentos inadequados (estilo de vida inadequado e baixa adesão a tratamentos) assim como barreiras para acesso aos cuidados de saúde, incluindo moradia, e alterações biológicas. Vários estudos prospectivos têm demonstrado que homens e mulheres com nível socioeconômico baixo, pouca escolaridade, baixa renda, emprego de pouco status, baixo apoio social ou vivendo em uma área residencial pobre têm maior risco cardiovascular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013).

Com relação as variáveis clínicas, a tabela 3 mostra a distribuição de frequência das variáveis doença prévia e prevalente (diagnóstico médico).

Tabela 2 - Distribuição de frequência das variáveis clínicas: doença prévia e doença prevalente (diagnóstico médico) dos pacientes no perioperatório de cirurgia cardíaca, São Luís-MA, 2018.

Doença prévia	n	%	Doença prevalente	n	%
Ausente	61	25.5	Insuficiência Coronariana (ICO)	136	45
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	152	63.6	Insuficiência da Valva Mitral	36	14.9
Diabetes Mellitus (DM)	52	21.8	Insuficiência da Valva Aórtica	36	14.9
Cardiopatia	23	9.6	Insuficiência da Valva Tricúspide	5	2.1
Insuficiência Renal Crônica	7	2.9	Dupla lesão mitral	7	2.9
Dislipidemia	7	2.9	Dupla lesão aórtica	6	2.5
Outras	30	10.2	Outras	13	17.7
Total	332*	100.0	Total	239	100.0

* Doenças associadas.

Fonte: Elaborada pela autora a partir de dados da pesquisa.

Quanto às doenças prévias apresentadas, alguns pacientes apresentam uma ou mais das citadas, totalizando assim um número amostral de 332 para esta variável. Destacam-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (63,6%) e Diabetes Mellitus (21,8%) dentre outras comorbidades como cardiopatias, Insuficiência Renal Crônica, dislipidemias, etc. Contudo 25,5% dos pacientes não apresentavam nenhuma comorbidade. Essas comorbidades também aparecem com frequências similares em um estudo realizado no ambulatório de cardiologia da região metropolitana de Porto Alegre, onde se descreveu os fatores de riscos cardiovasculares e as doenças prévias dos pacientes atendidos, havendo uma predominância de pacientes hipertensos (83,8%), seguidos de portadores de *diabetes mellitus* (26,7% do tipo II e 4,0% do tipo I), dislipidemia e angina (ambas 26,4%) (PETERSEN et al., 2011).

Nos estudos de Pessuto e Carvalho (1998) um dos principais fatores de risco para complicações cardiovasculares é a hipertensão arterial, pois atua diretamente na parede das artérias, associado a idade e sexo, a hipertensão arterial ocorre com maior frequência no sexo masculino, e em ambos os sexos, o surgimento dessa patologia cresce com o aumento da idade. Em relação à raça, a negra é mais atingida. Tratando-se da profissão, alguns estudos relacionam a profissão/ocupação com a elevação da pressão arterial, sendo que os índices mais baixos de pressão arterial ocorrem no grupo socialmente mais privilegiado (PESSUTO; CARVALHO, 1998).

A Hipertensão Arterial Sistêmica afeta aproximadamente um bilhão de pessoas no mundo e tende a crescer com o aumento da população idosa. Tal

comorbidade é diretamente proporcional às chances de desenvolver o IAM, o risco praticamente duplica, Insuficiência coronariana, Acidente vascular Cerebral e doença renal. Assim como a DM também pode aumentar em cinco vezes o risco de IAM, geralmente por consequência de fatores modificáveis como obesidade, dieta e sedentarismo, acompanhados de HAS e dislipidemia (PETERSEN et al., 2011).

O diagnóstico médico desta amostra está descrito na tabela 2, como doenças prevalentes, ou seja, o diagnóstico que levou o paciente à realização do procedimento cirúrgico. A ICO corresponde a praticamente metade da amostra (45%). Resultado semelhante ao encontrado no estudo de Dessotte (2016) onde a caracterização clínica da amostra, segundo o diagnóstico principal foi: ICO com 48,8% dos casos, Valvopatia com 42,4% e DAC+ valvopatia (8,8%).

Tabela 3 - Distribuição de frequência das variáveis clínicas: reoperação, complicação e tipo de cirurgia apresentada pelos pacientes submetidos a cirurgia cardíaca, São Luís-MA, 2018.

Reoperação	n	%	Complicação	n	%
Sim	13	5.4	Sim	72	30.1
Não	226	94.6	Não	167	69.9
Total	239	100	Total	239	100
Tipo de Cirurgia	n	%	Tipo de complicação	n	%
Revascularização do Miocárdio (RM)	138	57.8	Instabilidade hemodinâmica	22	30.6
Troca Valvar Mitral	30	12.6	Sangramento	18	25.0
Troca Valvar Aórtica	26	10.9	Derrame pleural	10	13.9
Implante de Valva Aórtica	18	7.6	Insuficiência Respiratória	7	9.7
Implante de Valva Mitral	23	9.6	Pneumonia	7	9.7
Implante de protese valvar (não especificada)	25	20.4	Infecção de Ferida Operatória	6	8.3
Plastia de valva tricúspide	11	4.6	Choque cardiogênico	4	5.6
Troca valvar múltipla	1	0.4	Fibrilação Atrial	3	4.2
Anuloplastia Mitral	1	0.4	Angina Instável	2	2.8
Valvoplastia Mitral	1	0.4	Rebaixamento do nível de Consciência	2	2.8
Troca de Valvula Tricúspide	1	0.4	Acidose Metabólica	2	2.8
Plastia de valva aórtica	2	0.8	Derrame pericárdico	2	2.8
Comisurotomia de valva mitral	1	0,4	Parada Cardiorrespiratória revertida	2	2.8
Plastia de valva mitral	1	0,4	Outras com n = 1	35	49
Total	279*	100	Total	122**	100

* Alguns pacientes realizaram tanto o procedimento de RM como algum procedimento valvar, totalizando uma amostra de 279.

** Alguns pacientes apresentaram mais de uma complicação pós-operatória.

Fonte: Elaborada pela autora a partir de dados da pesquisa.

A maioria dos pacientes (69,9%) não apresentou complicações no pós-operatório (tabela 3). Entre os que apresentaram (30,9%), instabilidade hemodinâmica foi a mais encontrada nos prontuários, em 30,6% dos casos. Há de se considerar também que alguns pacientes apresentaram mais de um tipo de complicação, totalizando uma amostra de 122 complicações para uma amostra de 72 pacientes. Em segundo lugar, o sangramento pós-operatório foi o mais presente (25%), seguido de derrame pleural (13,9%). Também foram encontradas outras complicações respiratórias (insuficiência respiratória e pneumonia), infecção de ferida operatória, choque cardiogênico, hemorrágico e séptico; arritmias cardíacas; insuficiência renal. Complicações neurológicas também foram descritas, como agitação psicomotora e delírio.

Como visto também na tabela 3, mais da metade das cirurgias cardíacas realizadas foram do tipo Revascularização do miocárdio (RM) com 57,8% do total. As outras cirurgias correspondem às cirurgias valvares de todos os tipos, que são descritas especificamente nas fichas de descrição cirúrgica, tais como troca de válvulas aórtica ou mitral, dupla troca de válvulas, plastia valvares, etc. Alguns pacientes realizaram tanto o procedimento de RM como algum procedimento valvar, totalizando uma amostra de 279. A grande maioria dos pacientes não eram casos de reoperação de cirurgia cardíaca (94,6%).

De acordo com os dados disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), entre os anos de 2011 e 2016 foram realizadas 179.135 cirurgias cardíacas de revascularização do miocárdio (RVM) e/ou correção de valvopatias, no Brasil. Desse total, 64% foram RVM, 30% foram correções de valvopatias e 6,0% foram cirurgias combinadas de RVM e correção de valvopatias. O número total de óbitos nesse período foi de 12.827, dentre esses, 50% (n=6.421) foram submetidos à RVM, 37% à correção de valvopatias e 13% submetidos às cirurgias combinadas (DESSOTTE et al., 2016).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde no mundo, tendo sido responsável por 11.315.333 internações no ano de 2007, para uma população de 189.335.187 de pessoas, resultando um percentual de internações de 6% da população, sem levar em consideração que 21,07% dessa população possui cobertura de um plano privado de saúde. Das diversas cirurgias cardíacas realizadas pelo SUS, a mais frequente é a cirurgia de revascularização

miocárdica (CRM), realizada por mais de uma centena de equipes, tanto em hospitais públicos como em filantrópicos ou privados (PIEGAS et al., 2009).

Estima-se que o SUS seja responsável por 80% das CRM. Os dados são auditados e os valores da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), permanência hospitalar e mortalidade, entre outros, estão disponíveis para consulta pública no banco de dados do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2008).

Em uma pesquisa no interior de São Paulo com o objetivo de obter a caracterização de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, foram encontradas complicações no PO durante o período de internação. Destacou-se nove eventos que são, em ordem de maior para menor ocorrência: choque cardiogênico, fibrilação atrial, sangramento significativo, choque hipovolêmico, insuficiência renal aguda, bloqueio atrioventricular, delírio, parada cardiorrespiratória e fibrilação ventricular. Dos sujeitos com complicação de insuficiência renal aguda, 57,0% deles necessitaram de terapia dialítica. Também foram percebidas outras complicações no PO, como hipotensão severa e volume de diurese abaixo de 700ml nas primeiras 24 horas após a cirurgia (DORDETTO; PINGO; ROSA, 2016).

As complicações da cirurgia cardíaca podem se relacionar às doenças pré-existentes como doenças pulmonares prévias, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), asma, tabagismo, idade avançada, mau estado nutricional, obesidade, diabetes, entre outras. Entre as complicações mais comuns, encontramos a fibrilação atrial e flutter, congestão pulmonar e Acidente Vascular Cerebral. Os fatores que influenciam o aparecimento do IAM são: reoperação, lesão do tronco da coronária esquerda, sexo feminino, angina instável pré-operatória, maior número de enxertos e tempo de CEC prolongado. As complicações trombóticas na RVM se apresentam como principais causas de mortalidade (LAIZO; DELGADO; ROCHA, 2010).

A tabela 4 mostra a caracterização das variáveis numéricas: idade, peso, tempo de internação na UTI e tempo de internação hospitalar total dos pacientes; detalhando o valor mínimo e máximo e a média das variáveis.

Tabela 4 - Estatística descritiva das variáveis numéricas dos pacientes no perioperatório de cirurgia cardíaca, São Luís-MA, 2018.

Variável	n	Mínimo	Máximo	Média
Idade	239	18	87	56.7
Peso	239	39.0	103.0	63.8
Tempo de UTI	239	2	78	6.1
Tempo de internação total	239	5	119	18.5

Fonte: Elaborada pela autora, a partir de dados da pesquisa.

Apesar dos avanços tecnológicos, complicações pós-operatórias são comuns nas cirurgias cardiovasculares, e a presença dessas complicações pode aumentar o tempo de permanência hospitalar. Fatores como idade, tempo de circulação extracorpórea (CEC), complicações respiratórias (incluindo atelectasia, derrame pleural e insuficiência respiratória) podem aumentar o tempo de permanência hospitalar de pacientes submetidos à ventilação mecânica invasiva que por sua vez está associada com um tempo prolongado de internação (CORDEIRO, 2017).

Segundo Piegas *et al.* (2009), são inúmeras as variáveis que interferem no sucesso das cirurgias cardíacas, entre elas: se a cirurgia é realizada em regime de urgência/emergência; a presença de fatores de risco como obesidade; morbididades associadas; número de artérias doentes; função ventricular reduzida; complicações pós-operatórias; volume de cirurgias realizadas pela equipe e a infra-estrutura hospitalar, todas situações em que o risco se torna mais elevado, revelando a complexidade de estudos desse porte.

5.2 Operacionalização da Sistematização da Assistência de Enfermagem no Período Perioperatório

No cenário em estudo, o paciente que irá submeter-se à cirurgia cardíaca chega à unidade de internação geralmente no dia anterior à data da cirurgia, após agendamento e orientação da secretaria de cirurgia cardíaca do hospital. Em seguida, é direcionado à enfermaria, onde é recebido pela equipe de enfermagem para receber orientações, higienização e os cuidados necessários para sua acomodação e conforto. Nesse momento é realizada a primeira etapa do Processo de Enfermagem (PE), o histórico de enfermagem (ANEXO B); toda a equipe multidisciplinar (médico,

enfermeiro, fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista, assistente social) é solicitada para realizar sua admissão que ocorre de forma separada pelos profissionais. Lembrando que algumas vezes, com menos frequência, o paciente é internado diretamente no setor da UTI Cardio devido ao quadro clínico mais grave, e é neste setor que, nesses casos, se inicia o PE.

Backes *et al.* (2008) expõem a importância de se ver a SAE como um fenômeno interativo e multidimensional, a partir de novos referenciais, teorias e práticas de enfermagem que possam compreender a assistência à saúde de forma ampla e complementar estabelecendo vínculos entre as partes e a totalidade.

Na enfermaria, onde o paciente fica internado no pré-operatório e PO mediato, salvo as exceções já citadas, a segunda e terceira etapas do PE, diagnóstico e prescrição de enfermagem, não são realizadas. No setor de Cirurgia, Centro Cirúrgico Adulto, não existe registros do processo de enfermagem, neste setor é utilizado um instrumento, ficha perioperatória (ANEXO C), na qual é feito um breve histórico da saúde do paciente e onde são anotados, pela equipe de enfermagem, os dados sobre o procedimento cirúrgico (horário de entrada do paciente na sala, início e fim da cirurgia, monitorização hemodinâmica do paciente, entre outros). O setor da UTI Cardio, onde o paciente fica internado no PO imediato, foi o único setor onde foi verificado a realização de todas as etapas do PE como rotina.

Rossi (1997), recomenda que para a realização do cuidado básico é necessário que a assistência seja garantida e prevista nas rotinas da unidade e que a organização do trabalho em torno das rotinas seja considerada a base do serviço. Questões relacionadas a SAE são importantes para o cuidado do paciente.

Tannure e Gonçalves (2008), reforçam que para sistematizar a assistência de enfermagem, é necessário haver um marco conceitual que fundamente o tipo de organização adotado e uma teoria que funcione como um alicerce estrutural para a implantação da SAE, a qual requer uma metodologia para ser implantada.

5.2.1 Histórico de Enfermagem

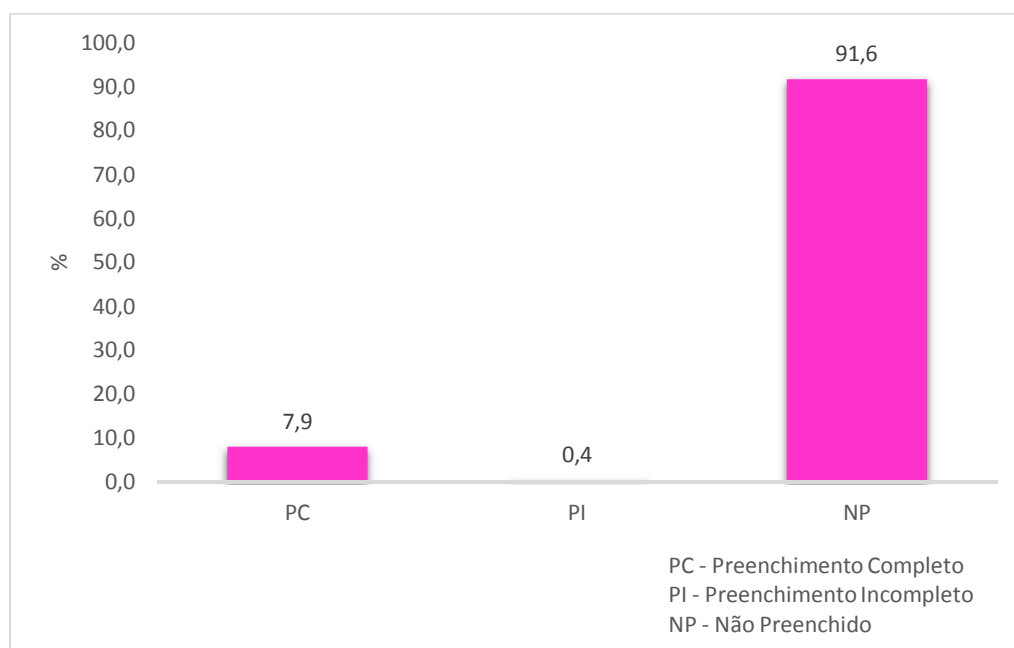
No presente estudo, o enfermeiro realiza a primeira etapa do PE utilizando o instrumento de coleta de dados ou Histórico de Enfermagem, baseado na Teoria de Wanda Horta, o mesmo inclui a entrevista e exame físico. Nessa fase, o enfermeiro

inicia o processo de interação com o paciente, buscando identificar as necessidades deste como um todo.

O histórico de enfermagem deve permitir a coleta de informações específicas e relevantes em relação ao paciente, assegurando de maneira holística, que as esferas biológicas, sociais e psicológicas do ser humano sejam consideradas, conforme a teoria de enfermagem utilizada (TANNURE; GONÇALVES, 2008).

O gráfico 1 apresenta o preenchimento da primeira etapa do processo de enfermagem: histórico de enfermagem. Chama atenção o número de prontuários sem que os enfermeiros tenham realizado a primeira etapa do processo, 91,6% do quantitativo total do gráfico. Há de se investigar os reais motivos que inviabilizem a realização desta etapa, buscando compreendê-los e reorganizar o trabalho do enfermeiro para sua realização.

Gráfico 1 - Preenchimento do Histórico de Enfermagem em prontuários de pacientes no perioperatório de cirurgia cardíaca, São Luís-MA, 2018



Fonte: Dados da pesquisa realizada pela autora.

Castilho, Ribeiro e Chirelli (2009) apontam em seu estudo dificuldades encontradas durante a operacionalização do processo de enfermagem, como problemas em relação à sobrecarga de trabalho associados aos desvios e indefinição da função do enfermeiro, sendo necessário conscientizar a equipe quanto à

importância do seu papel. Outro ponto citado foi a exiguidade de tempo para a assistência, devido ao número insuficiente de profissionais para o desempenho da atividade.

É importante considerar que não pode haver lacunas na primeira fase do PE. Entretanto, em um estudo com o objetivo de identificar e analisar as dificuldades encontradas pelos enfermeiros acerca da utilização do PE em um hospital público de grande porte no interior Sul da Amazônia, mostrou que nos relatos dos pesquisados acerca dessa fase vários deixaram de fazer a investigação com total veracidade, onde o paciente não foi visto e observado de forma holística, prejudicando assim as demais fases do PE. A grande maioria dos entrevistados revelou que seus conhecimentos sobre a importância dessa fase são incipientes, o que leva a crer que precisa de uma maior valorização sobre a anamnese e exame físico, pois estes elementos envolvidos na primeira fase é que vai direcionar as outras fases do processo de enfermagem (SOUZA; VASCOCELLOS; PARRA, 2015).

Em um outro estudo de caso descritivo e exploratório sobre o processo de implantação da SAE em uma unidade de internação pediátrica de um hospital Universitário de Minas. Foram avaliados 13 impressos de histórico de enfermagem, preenchidos pelo enfermeiro em sua primeira avaliação da criança ou do adolescente. Os resultados evidenciaram que do total desses 13 impressos de histórico de enfermagem nenhum foi preenchido de forma integral e adequada, pois se identificaram itens sem preenchimento ou com preenchimento inadequado (TAVARES et al., 2013).

Observou-se que o preenchimento do histórico de enfermagem tem sido pouco realizado pelo enfermeiro, comprometendo a coleta e o registro de dados que subsidiam as etapas posteriores do PE, quais sejam os diagnósticos, prescrição, implementação e evolução de enfermagem. Com isso, ocorre descontinuidade da metodologia e planejamento da assistência de enfermagem, uma vez que a falta desses registros pode impossibilitar o enfermeiro de avançar nas outras etapas, ou que essas sejam feitas de maneira correta. Dificulta a visualização das bases para afirmação de problemas ou diagnósticos. Além disso, tal ausência pode levar a um atraso do trabalho, pois esses dados terão que ser coletados em outras etapas.

No estudo de Farias (1997), a principal justificativa apontada por 21 enfermeiras (72,4%) para não realização do histórico de enfermagem foi a falta de

tempo. Além da falta de tempo, outras causas foram apontadas para a não realização do histórico de enfermagem (72,4%), as quais foram: falta de organização (20,7%), não envolvimento da enfermeira (13,8%), não reconhecimento do seu valor (6,9%), falta de cobrança (6,9%), inibição da enfermeira (3,4%) e indisposição do paciente (3,4%).

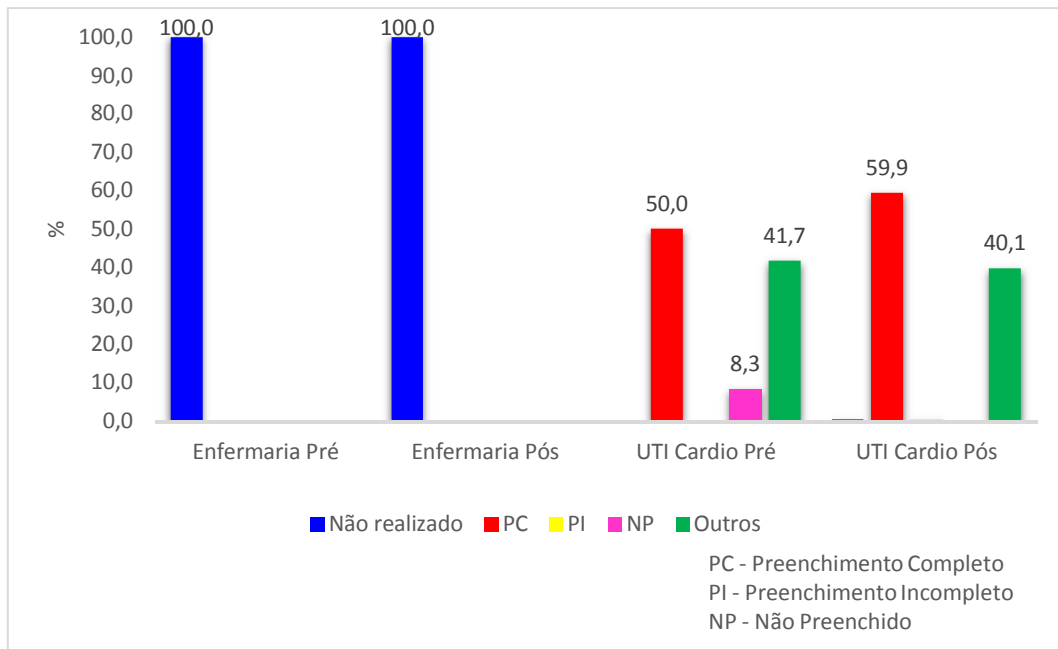
A prática diária tem demonstrado uma grande lacuna na aplicabilidade do PE, evidenciada pelo número de preenchimento incompleto do histórico de enfermagem; da falta de checagem das prescrições de enfermagem pelos técnicos; de reclamações dos profissionais alegando que não conhecem o funcionamento do processo de enfermagem. A não utilização desse método, de uma forma integral e correta, origina uma assistência de enfermagem inadequada, não individualizada e não sistematizada (MEDEIROS; SANTOS; CABRAL, 2013).

Em suma, existe uma grande ausência no preenchimento do histórico de enfermagem, e isto deve ser modificado para a melhoria da qualidade dos registros entre os enfermeiros do hospital. Porém, a ausência desse registro não significa dizer que os enfermeiros não realizam o levantamento dos problemas/diagnósticos para o planejamento da assistência aos pacientes, como é visto no setor da UTI Cardio, onde são realizadas todas as outras etapas.

5.2.2 Diagnósticos de Enfermagem

A segunda etapa, realizada pelo enfermeiro, é o preenchimento do instrumento para identificar os diagnósticos de enfermagem do paciente, o qual é baseado nos diagnósticos da NANDA. Esta etapa foi identificada apenas no setor da UTI Cardio, visto que na unidade da enfermaria tanto no período pre como pós-operatório, não existiam instrumento específico para realização desta fase, como é demonstrado no gráfico 2.

Gráfico 2 - Preenchimento dos Diagnósticos de Enfermagem em prontuários de pacientes no perioperatório de cirurgia cardíaca, São Luís-MA, 2018.



Fonte: Dados da pesquisa realizada pela autora.

A partir da fase de diagnóstico de enfermagem é que se determinará o planejamento e as prescrições de forma individualizada para cada paciente de cirurgia cardíaca. A determinação de um exato e claro diagnóstico resulta em intervenções individuais e precisas para a prestação da assistência de enfermagem. É conveniente salientar que o preparo das enfermeiras para a implantação da SAE e o estabelecimento de listas de diagnósticos específicos para cada unidade, contribui para o julgamento clínico e para o estabelecimento dos diagnósticos, feito com base na experiência da enfermeira, mesmo sem o preenchimento formal do histórico (REPPETTO; SOUZA, 2005).

Como os diagnósticos de enfermagem não eram realizados na enfermaria, a equipe acabava baseando seus cuidados nos diagnósticos médicos para realizar as etapas do cuidado. Leopardi (2006) afirma que o diagnóstico médico está voltado para as enfermidades que se manifestam clinicamente e indicam necessidades médicas que dependem de intervenções medicamentosas ou cirúrgicas, está centrado na correção de patologias biológicas ou psíquicas e identifica a entidade etiológica com base em sinais e sintomas clínicos. O diagnóstico de enfermagem indica a

necessidade da assistência de enfermagem e cuidados terapêuticos para manter ou recuperar o bem estar e a saúde e que possam restabelecer os padrões funcionais, reconhecendo as respostas humanas dos pacientes em relação a entidade etiológica ou condição de vida.

Antes do Sistema AGHU implantado no Hospital Universitário, o instrumento de Diagnósticos de Enfermagem utilizado no setor da UTI Cardio era um instrumento já impresso que apresentava alguns diagnósticos de enfermagem pré-estabelecidos, no qual o enfermeiro sinalizava quais diagnósticos eram específicos para aquele paciente e, além disso, apresentava um espaço em branco para que o profissional acrescentasse outros diagnósticos apresentados pelo paciente e que não estão descritos no mesmo (ANEXO D).

Após implantação do Sistema AGHU, o instrumento de diagnósticos foi sistematizado na UTI Cardio, onde o profissional enfermeiro descrevia os diagnósticos para cada paciente nesse sistema, porém, até a data do período analisado na pesquisa, os diagnósticos prescritos no sistema não eram impressos, ou seja, não eram encontrados nos prontuários dos pacientes. Devido a esse fato 41,7% (pré-operatório) e 40,1% (PO) dos prontuários, referidos no gráfico como “outros”, eram inseridos no novo modelo de Sistema AGHU, deduzindo-se que os diagnósticos eram realizados pelos enfermeiros no sistema, porém não foram encontrados por não serem impressos. Dos impressos encontrados pelo antigo instrumento do PE no setor 50% (pré-operatório) e 59,9% (PO) dos prontuários apresentavam os diagnósticos de enfermagem impressos nos prontuários e com seu preenchimento completo, evidenciando a importância dessa etapa do PE no setor.

Segundo Silva *et al.* (2011) há uma maior deficiência da etapa dos diagnósticos entre os enfermeiros, existindo falta de conhecimento e experiência, falta de consciência das limitações e passos para aplicar e nomear os diversos diagnósticos por paciente especificamente, pois, cada paciente tem a sua necessidade, e eles não evoluem da mesma forma. Para os autores existem dificuldades para a memorização dos diversos tipos de diagnósticos inclusos na classificação da NANDA, além dos fatores a eles relacionados, que geram dúvidas na sua análise e utilização, podendo haver um caminho ou uma forma mais simples para aplicar essa etapa na prática.

Para Reppetto e Souza (2005) há especiais dificuldades para a assistência de enfermagem nos hospitais universitários e conveniados com o SUS que advém da

necessidade de conciliação entre as atividades assistenciais, de ensino e pesquisa, do aumento do fluxo e gravidade dos pacientes, da dificuldade em manter a quantidade necessária do pessoal de enfermagem, entre outras.

A falta do emprego de formulários padronizados para essa etapa na enfermaria permite a não realização concreta e objetiva do levantamento e do uso dos diagnósticos na assistência aos pacientes em pós operatório de cirurgia cardíaca e na comunicação com a equipe. A não utilização dessa etapa no processo reflete a deficiência na padronização dos diagnósticos de enfermagem entre os enfermeiros. Aponta-se a necessidade de haver formas de implementar esta etapa através de modelos práticos e sistematizados no setor para resultados positivos na assistência.

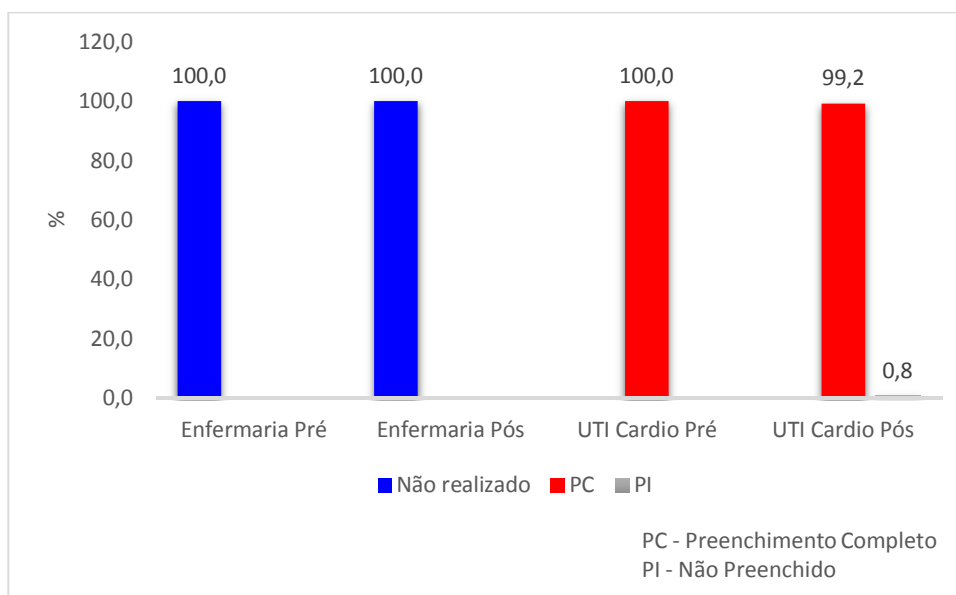
Um dos importantes requisitos para a organização do PE está relacionado com o uso de instrumentos ou formulários para facilitar os registros de enfermagem e diminuição do tempo do enfermeiro no preenchimento dos dados (ROSSI, 1997).

5.2.3 Prescrição de Enfermagem

A terceira etapa é a realização da prescrição de enfermagem que, assim como os diagnósticos de enfermagem, só eram realizadas no setor da UTI Cardio. Nesse setor, esta fase tem como rotina sua aplicação diariamente pelo profissional enfermeiro com instrumento baseado nas prescrições de enfermagem da NIC. A prescrição de enfermagem, antes do modelo do AGHU instalado, também era realizada através de instrumento com prescrições pre-estabelecidas, onde o enfermeiro identificava aquelas presentes em cada paciente e com espaço para prescrições adicionais caso achasse necessário (ANEXO D). Contudo, após instalação do novo modelo, as prescrições eram realizadas no sistema e, diferente dos diagnósticos, eram impressas e anexadas ao prontuário.

Assim pode-se demonstrar os resultados positivos do preenchimento desta fase no setor da UTI Cardio no gráfico 3: 99,2% das prescrições no pós-operatório e 100% no pré-operatório apresentaram preenchimento completo. O restante dos prontuários no período PO, insignificante em números, apresentou preenchimento incompleto, porém em nenhum prontuário a fase deixou de ser preenchida. Nessa etapa, os auxiliares e técnicos de enfermagem executam e checam os cuidados que foram listados no instrumento de prescrição. Pouco se observou a checagem nas prescrições de enfermagem, porém os cuidados eram relatados nas anotações.

Gráfico 3 - Preenchimento das Prescrições de Enfermagem em prontuários de pacientes no perioperatório de cirurgia cardíaca, São Luís-MA, 2018.



Fonte: Dados da pesquisa realizada pela autora.

A prescrição de enfermagem é uma etapa realizada pelo enfermeiro, visando o monitoramento do estado de saúde, a fim de minimizar os riscos, resolver ou controlar um diagnóstico de enfermagem, auxiliar nas atividades de vida diária e promover a saúde. O enfermeiro, ao colocar em prática esta etapa, deverá estar sempre investigando e reinvestigando tanto as respostas do paciente quanto o seu próprio desempenho como profissional, pois o ser humano é imprevisível e precisa ser monitorado cuidadosamente (ALFARO-LEFEVRE, 2005).

Na unidade da enfermaria, não são todas as etapas do PE implementadas, nesta unidade não existe formulários específicos e padronizados para identificação de problemas ou diagnósticos, como já foi dito, ou execução do plano de cuidados ou prescrição de enfermagem; necessitando de uma maior sensibilização dos enfermeiros para essa metodologia do cuidado.

A principal dificuldade encontrada no processo de implantação/ implementação da SAE nas unidades hospitalares é o tempo minimizado, o qual muitas vezes significa uma questão de vida ou morte. Porém, considerando que a enfermagem é inovadora, a todo momento é possível unir a tecnologia, ciência e cuidado sem perder a essência humana, numa proposta de globalizar, em que a

tecnologia proporcione ao enfermeiro utilizar o PE de maneira mais ágil, impedindo que fique estacionado como um velho paradigma (ALCÂNTARA et al., 2011).

As contribuições do PE informatizado facilitam o seguimento da organização no processo de trabalho do enfermeiro e agregam rapidez na elaboração das prescrições, na possibilidade de estudos e nas pesquisas, na organização da passagem de plantão, na melhora da inter-relação dos profissionais, na uniformização de linguagem, na clareza das informações, na possibilidade de melhor avaliação do processo assistencial e na segurança do processo de registro das informações (PALOMO; DAMAS; GUTIERREZ, 2010).

Rezende e Gaizinski (2008), reforçam essa afirmação quando dizem que o fator tempo constitui um dos recursos fundamentais de uma organização e sua gestão contribui para a melhoria nos desempenhos individuais e coletivos na produtividade desta e que, com isso, deve-se haver ferramentas para facilitar as ações da enfermagem de acordo com cada instituição, como por exemplo, inserindo *softwares* facilitadores no andamento das atividades, tentando suprir as limitações de tempo.

Mesmo com o estudo sendo realizado com pacientes específicos de cirurgia cardíaca é importante conscientizar os enfermeiros da importância de delimitar as peculiaridades de cada paciente para que os cuidados estejam de acordo com suas necessidades, pois a falta de especificidade dos diagnósticos e prescrições pode comprometer a eficácia da SAE. Estudos ressaltam que a SAE feita de forma mecanizada e repetitiva, limitando-se a recomendação de cuidado de rotina, não respeita a individualidade do paciente, sendo necessário estimular o raciocínio clínico dos enfermeiros para que se possa considerar as peculiaridades dos pacientes e atuar com eficiência. Os diagnósticos e prescrições de enfermagem, quando definidos adequadamente, podem contribuir para o aprimoramento de protocolos assistenciais e a definição de temáticas para capacitação da equipe de enfermagem (TAVARES et al., 2013).

5.2.4 Implementação da Assistência de Enfermagem

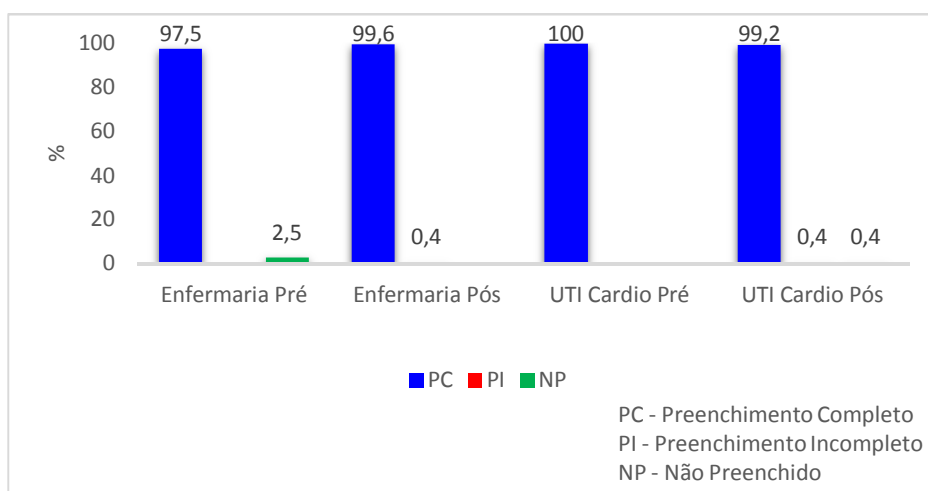
A quarta etapa do Processo de Enfermagem é a implementação da assistência, que consiste no registro da realização da prescrição através das anotações dos cuidados e sua checagem. Considerou-se implementação da assistência as anotações dos cuidados prestados pela equipe de enfermagem. A

etapa de implementação é considerada de extrema importância para a enfermagem na sua totalidade, tanto para que o cuidado a cada paciente possa ser continuado pela equipe, como também pela comprovação do cuidado prestado; é nela que cada profissional em sua categoria descreve suas atividades realizadas (HORTA, 2011).

A finalidade da anotação de enfermagem é fornecer informações a respeito da assistência prestada, de modo a assegurar a comunicação entre os membros da equipe de saúde e garantir a continuidade das informações nas 24hs, o que é indispensável para a compreensão do paciente na sua totalidade (GONÇALVES, 2001).

O gráfico 4 demonstra bem a importância que é dada para essa etapa. No setor da enfermaria, tanto nos períodos pre e pós-operatórios, a etapa foi realizada com preenchimento completo quase que em sua totalidade, 97,5% e 99,6% respectivamente. Na UTI Cardio não foi diferente, a implementação teve preenchimento completo em 99,2% dos prontuários no PO e 100% dos prontuários de pacientes internado em pré-operatório no setor.

Gráfico 4 - Preenchimento da Implementação da Assistência de Enfermagem em prontuários de pacientes no perioperatório de cirurgia cardíaca, São Luís-MA, 2018.



Fonte: Dados da pesquisa realizada pela autora.

Considerando implementação da assistência as anotações dos cuidados prestados, o estudo mostrou que, apesar da falta de um direcionamento (pela ausência da prescrição de enfermagem e dos diagnósticos) na enfermária, as

anotações de todo cuidado realizado foi quase que completamente realizada nas unidades. Cuidados esses realizados a partir das condutas de enfermagem de rotina do setor e das prescrições médicas. As anotações são importantes para fornecer dados e subsídios e o acompanhamento de toda a equipe da evolução na saúde do paciente.

Gonçalves (2001), fala da diferença entre evolução de enfermagem e anotações de enfermagem. A primeira é privativamente realizada pelo enfermeiro, através do registro de dados analisados, por períodos e de forma contextualizada e refletida; já as anotações são os registros dos dados brutos do momento e de forma pontual, através da observação e execução de procedimentos.

A anotação de enfermagem quando realizada de maneira adequada e correta tem respaldo legal e demonstra a qualidade da assistência prestada, sendo imprescindível para a implantação efetiva da SAE nas instituições de saúde, uma vez que os registros são de fundamental importância para o enfermeiro no planejamento da assistência, no acompanhamento da evolução e na avaliação dos cuidados prestados. Esses registros asseguram a continuidade da assistência, uma vez que identificam as alterações de estado do paciente, detectando novos problemas e avaliando os cuidados prescritos pelo enfermeiro, além de comparar as respostas apresentadas aos cuidados (ITO et al., 2004).

5.2.5 Evolução de Enfermagem

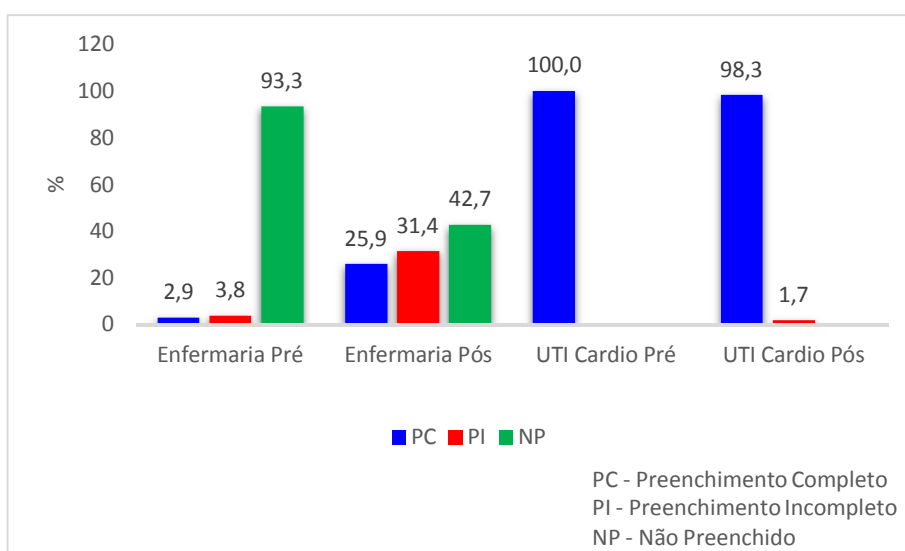
A última etapa é a Evolução de Enfermagem, realizada diariamente pelo enfermeiro responsável pelo setor e padronizada segundo o modelo de Horta (1979). Esta etapa consiste na avaliação criteriosa do paciente, registrando os problemas eventuais identificados, sendo um resumo sucinto dos resultados já prescritos e cuidados a serem abordados dentro das 24 horas subsequentes. Outros registros de ações realizadas ou observações adicionais são consideradas anotações de enfermagem (COFEN, 2009).

A evolução de enfermagem consiste no registro realizado após a avaliação do estado geral do paciente, com o objetivo de nortear o planejamento da assistência a ser prestada e informar os resultados das condutas de enfermagem implementadas (BAPTISTA et al., 2001).

A etapa de evolução de enfermagem na unidade da enfermaria não possui formulário específico, sendo realizada em impresso de evolução geral no prontuário do paciente. No gráfico, chama a atenção o não preenchimento da etapa de evolução de enfermagem nesse setor, tanto nos períodos pré como pós-operatório, isso significa que durante toda a internação do paciente, não foi feita nenhuma evolução segundo o modelo de Horta (1979) pelo enfermeiro.

No pré-operatório, praticamente todos os prontuários não possuíam evolução de enfermagem diária (93,3%) mas é importante considerar que os pacientes, em sua maioria, eram internados um dia antes da cirurgia. Porém, no PO, eles passavam tempo significativo neste setor e mesmo assim, os dados mostram que 42,7% dos prontuários não possuíam a evolução realizada pelo enfermeiro em nenhum dia de internação e que 31,4% apresentaram preenchimento incompleto; considerando preenchimento incompleto o fato da evolução, que deve ser realizada ao menos uma vez ao dia, ser realizada apenas uma vez/dia ou mais ao longo da internação do paciente e preenchimento completo, os prontuários que apresentaram evolução diária do paciente (gráfico 5).

Gráfico 5 - Preenchimento da Evolução de Enfermagem em prontuários de pacientes no perioperatório de cirurgia cardíaca, São Luís-MA, 2018.



Fonte: Dados da pesquisa realizada pela autora.

A falta da execução diária desta etapa não garante a continuidade da assistência e a resolução dos problemas que estão presentes durante o período de hospitalização do paciente, visto que as necessidades deste, mudam constantemente, por isso a importância de uma evolução diária.

Estudo documental retrospectivo que analisou a etapa da evolução de enfermagem, encontrou resultados semelhantes, investigou a frequência das evoluções e o tipo de informações registradas pelos profissionais de um hospital escola, constatou que houve períodos de 24 horas em que nenhum registro fosse realizado, nem a evolução de enfermagem feita pelo enfermeiro, nem anotações por auxiliares de enfermagem e, dos que foram feitos, a maioria não obedecia uma sequência lógica, sendo as informações incompletas e pouco objetivas (MATSUDA; CARVALHO; ÉVORA, 2005).

No setor da UTI Cardio o resultado da realização desta etapa foi bastante positivo. A evolução de enfermagem segundo o modelo de Horta (1979), foi realizada diariamente em sua totalidade nos prontuários dos pacientes em pré-operatório e em 98,3% dos pacientes em PO de cirurgia cardíaca. Mas deve-se lembrar que, em UTI, dada à complexidade e à quantidade elevada de atendimentos, o dimensionamento de pessoal de enfermagem tem considerações distintas de outros setores/serviços.

O enfermeiro lotado em UTI deve estar voltado para a importância da gestão de pessoas, pois neste setor os pacientes exigem cuidados complexos e tomada de decisões rápidas e precisas. A quantidade e a distribuição de pessoal por categoria adequada favorecem a qualidade do cuidado. Devido a especificidade do setor, a relação numérica mínima de profissional de enfermagem/paciente em UTIs destinada a pacientes adultos e infantis, preconizada pelo Ministério da Saúde é de um enfermeiro assistencial para cada dez leitos e de um técnico de enfermagem para cada dois leitos por turno de trabalho; assim como a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) sugere a proporção de enfermeiro assistencial/leito (1:5) e técnico de enfermagem/leito (1:2) (PERROCA; JERICÓ; CALIL, 2011).

Para Cianciarullo *et al.* (2001), toda evolução de enfermagem deve conter identificação de problemas, respostas dos pacientes aos cuidados de enfermagem prestados e resolução dos problemas abordados. Dessa forma, vemos que a evolução de enfermagem com boa aplicabilidade contribui para a identificação das alterações

nas NHBs dos pacientes, avaliando os cuidados e as intervenções de enfermagem prestadas, especialmente nesses pacientes que necessitam de cuidados mais complexos.

Com o avanço tecnológico dos dias atuais, as instituições de saúde, na tentativa de maximizar recursos, diminuir custos e melhorar a qualidade da assistência, têm exigido cada vez mais da enfermagem o aperfeiçoamento dos serviços, com planejamento e operacionalização dos cuidados, reforçando-se a necessidade incontestável de se adotar e consolidar a SAE (LUCENA; BARROS, 2006; GOMES; BRITO, 2012).

De acordo com Oliveira e Evangelista (2010), a melhoria na excelência da qualidade da assistência de enfermagem tem conformado uma necessidade de modificar a prática e o papel do profissional de enfermagem no sentido de imprimir uma nova característica a sua atuação. Dessa forma, apesar de não conseguir implementar a SAE no cotidiano de trabalho, o enfermeiro tem consciência que, por meio da mesma, direciona o planejamento e a organização das atividades assistenciais e das funções dos membros da equipe de enfermagem.

Segundo Tavares *et al.* (2013), são fatores facilitadores da implantação da SAE nos serviços de saúde as capacitações e reuniões com a equipe, além de formulários para a realização do processo. O preparo profissional para desenvolver o PE é fundamental, devendo fazer parte do programa de educação continuada da instituição para esclarecimento de dúvidas sobre o processo de enfermagem e o modelo teórico que sustenta as fases desse processo.

A tabela 5 mostra um resumo em números totais e porcentagens da realização das etapas do PE de pacientes no perioperatório de cirurgia cardíaca no Hospital Universitário em estudo.

Tabela 5 - Etapas do processo de enfermagem a pacientes no perioperatório de cirurgia cardíaca no período de 2013-2015, São Luís-MA, 2018.

Etapas	Preenchimento	n	%	n	%	
Histórico	PC	19	7.9			
	PI	1	0.4			
	NP	219	91.6			
Enfermaria			%	UTI Cardio	%	
Diagnóstico de Enfermagem	Pré	Não realizado	239	100		
		PC			6	50.0
		PI			1	8.3
		Outros			5	41.7
	Pós	Não realizado	239	100		
		PC			142	59.9
		PI				
		Outros			95	40.1
Prescrição de Enfermagem	Pré	Não realizado	239	100		
		PC			12	100
	Pós	Não realizado	239	100		
		PC			237	99.2
		PI			2	0.8
Implementação da Assistência de Enfermagem	Pré	PC	233	97.5	12	100
		NP	6	2.5		
	Pós	PC	238	99.6	237	99.2
		PI	1	0,4	1	0.4
		NP			1	0.4
Evolução de Enfermagem	Pré	PC	7	2.9	12	100
		PI	9	3.8		
		NP	223	93.3		
	Pós	PC	62	25.9	235	98.3
		PI	75	31.4	4	1.7
		NP	102	42.7		

Fonte: Dados da pesquisa realizada pela autora.

6 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

As informações compiladas na pesquisa documental permitiram avaliar a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem a pacientes no perioperatório de cirurgia cardíaca em um Hospital Universitário. Realizou-se a caracterização sociodemográfica e clínica desses pacientes: 61,1% sexo masculino, 33,9% entre 60 a 69 anos, 54% casados, 51,9% cor parda, 13,8% não eram alfabetizados, 17,2% eram aposentados e 47,3% residiam na capital São Luís. Quanto às doenças prévias apresentadas, destacam-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (63,6%) e Diabetes Mellitus (21,8%); e, como diagnóstico médico, Insuficiência Coronariana com 45%. A maioria (94,6%) não estava sendo submetida a reoperação e não apresentou complicações no pós-operatório (69,9%).

Também levantou subsídios para o planejamento de uma assistência de enfermagem eficaz e humana ao paciente no perioperatório de cirurgia cardíaca, compreendendo que o processo de implementação e avaliação da SAE qualifica a assistência, prevenindo e intervindo precocemente nas possíveis complicações desses pacientes. Na análise do processo de enfermagem, apesar da existência de formulário, constataram-se dificuldades dos enfermeiros para sua execução, pois não ocorre o preenchimento em 91,6% dos instrumentos do Histórico de enfermagem e 42,7% dos prontuários não possuem a etapa de evolução pós-operatória no setor da enfermaria. Constatou-se a ausência de formulários para realização das etapas de diagnóstico e prescrição de enfermagem no setor da Enfermaria.

Constatou-se também, que todas as etapas do processo de enfermagem, com exceção do Histórico de Enfermagem, foram implementadas na Unidade de Terapia Intensiva Cardiológica: diagnósticos de enfermagem pré-operatório 50%, pós-operatório 59,9%; prescrição de enfermagem pré-operatória 100%, pós-operatória 99,2%; implementação da assistência de enfermagem pré-operatória 100%, pós-operatória 99,2%; evolução de Enfermagem pré-operatória 100%, pós-operatória 98,3%. Também neste setor, foi detectado falhas no novo modelo informatizado implantado, pela ausência da impressão dos diagnósticos de enfermagem, mostrando um retrocesso na realização da etapa.

A finalidade da implantação da SAE nas instituições hospitalares do Brasil é organizar o cuidado a partir da adoção de um método sistemático, proporcionando ao enfermeiro a (re)definição do seu espaço de atuação. É preciso salientar que o

preenchimento parcial ou ausência de preenchimento das diferentes etapas do PE dificultam a avaliação da qualidade da assistência prestada aos pacientes. Verificou-se a necessidade de revisão dos instrumentos utilizados, tanto para facilitar o trabalho, como para possibilitar o cuidado individualizado e integral.

Os dados coletados retrataram uma experiência profissional específica e relevante, que envolve cuidar de pacientes submetidos a cirurgias cardíacas, refletindo o raciocínio e julgamento clínicos realizados pelos enfermeiros diariamente na realização das etapas do PE. Este trabalho pode ser traduzido em uma produção coletiva sustentada cientificamente na prática assistencial da enfermagem, fundamental para solidificação do modelo assistencial utilizado. Assim, reflete atividades que já vêm sendo realizadas e que acabam, na maior parte das vezes, passando despercebidas, pois carecem de uma forma sistematizada e explícita de realização e registro para que sua realização seja baseada em conhecimento científico: prática baseada em evidência para a qualidade da assistência.

Um processo constante de avaliação da implantação/implementação da SAE nas instituições se faz necessário na perspectiva do compromisso da avaliação da qualidade do processo de cuidado em saúde. Com isso, espera-se que o presente estudo possa contribuir de forma a evidenciar a importância da aplicação do processo de enfermagem para que ocorra uma assistência de enfermagem planejada, continuada e humanizada, de modo a propiciar segurança e diminuição do trauma cirúrgico do paciente cardíaco, ao mesmo tempo em que fortalece o processo da Sistematização da Assistência de Enfermagem no cuidado humano.

REFERÊNCIAS

- ALCÂNTARA, M. R. et al. Teorias de enfermagem: a importância para a implementação da sistematização da assistência de enfermagem. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**, Roraima, v. 2, n. 2, p. 115-132, maio/out. 2011.
- ALFARO-LEFREVE, R. **Aplicação do processo de enfermagem**: promoção de cuidado colaborativo. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- AMANTE, L. N.; ROSSETO, A. P.; SCHNEIDER, D. G. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva sustentada pela teoria de Wanda Horta. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 54-64, 2009.
- AMORIM, T. V. SALIMENA, A. M. O. Processo cirúrgico cardíaco e suas implicações no cuidado de enfermagem: revisão/reflexão. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 41, n. 3/4, p. 149-154, jul./dez. 2015.
- ASSIS, C. C. et al. Acolhimento e sintomas de ansiedade em pacientes no pré-operatório de cirurgia cardíaca. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 67, n. 3, p. 401-407, maio/jun. 2014.
- ATKINSON, L. D.; MURRAY, M. E. **Fundamentos de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.
- BACKES, D. S. et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem como fenômeno interativo e multidimensional. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 6, p. 1-7, nov./dez. 2008.
- BAPTISTA, C. M. C. et al. Evolução de enfermagem. In: CIANCIARULLO, T. I. **Sistema de assistência de enfermagem**: evolução e tendências. São Paulo: Ícone, 2001. p. 165-183.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Base de Dados do SUS. **Sistema de informações hospitalares**. 2008. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 10 mar. 2017.
- _____. Ministério da Saúde. **Doenças cardiovasculares causam quase 30% das mortes no País**. 2011. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2011/09/doencas-cardiovasculares-causam-quase-30-das-mortes-no-pais>>. Acesso em: 10 set. 2017.
- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cerca de 17,5 milhões pessoas morrem de doenças cardiovasculares todos os anos**. 2016. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2016/09/cerca-de-17-5-milhoes-pessoas-morrem-de-doencas-cardiovasculares-todos-os-anos>>. Acesso em: 10 nov. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Hospitais Universitários Federais. **Hospital Universitário da UFMA - HU-UFMA**: Universidade Federal do Maranhão – UFMA: apresentação. 2017. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/pt/web/hu-ufma/apresentacao>>. Acesso em: 10 mar. 2018.

BULECHECK, G. M.; BUTCHER, H. K.; DOCHTERMAN, J. M. **Classificação das Intervenções de Enfermagem de Enfermagem – NIC**. 5. ed. Tradução Soraya Imon de Oliveira et al. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

CARRARO, T. E. **Enfermagem e assistência**: resgatando Florence Nightingale. Goiania: AB, 1997.

CASTILHO, N. C.; RIBEIRO, P. C.; CHIRELLI, M. Q. A implementação da sistematização da assistência de enfermagem no serviço de saúde hospitalar do Brasil. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 280-289, abr./jun. 2009.

CIANCIARULLO, T. I. et al. (Org.). **Sistema de assistência de enfermagem**: evolução e tendências. São Paulo: Ícone, 2001.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 10 jul. 2016.

CORDEIRO, A., et al. Correlação entre a Duração da Internação Hospitalar e a Velocidade da Marcha em Pacientes Submetidos à Cirurgia Cardíaca. **International Journal of Cardiovascular Sciences**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 123-127. 2017.

CRUZ, A. P. O.; LOPES, R. Diagnóstico de enfermagem no pós-operatório de cirurgias cardíacas. **Salusvita**, Bauru, v. 29, n. 3, p. 293-312, 2010.

DESSOTTE, C. A. M. et al. Classificação dos pacientes segundo o risco de complicações e mortalidade após cirurgias cardíacas eletivas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 18, p. 1-11, 2016. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/37736/20966>>. Acesso em: 10 set. 2017.

DORDETTO, P. R.; PINTO, G. C.; ROSA, T. C. S. C. Pacientes submetidos à cirurgia cardíaca: caracterização sociodemográfica, perfil clínico-epidemiológico e complicações. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, Sorocaba, v. 18, n. 3, p. 144-149, 2016.

DUARTE, S. C. M. et al. O cuidado de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca: um estudo de caso. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 657-665, 2012.

FARIAS, F. A. C. **Sistematização da assistência de enfermagem**: como os enfermeiros percebem o histórico e o diagnóstico. 1997. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

GARCIA, T. R.; EGRY, E. **Teorias de enfermagem**: integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem. São Paulo: Artmed, 2010.

GOMES, L. A.; BRITO, D. S. Desafios na implantação da sistematização da assistência de enfermagem: uma revisão de literatura. **Revista Interdisciplinar UNINOVAFAPI**, Teresina, v. 5, n. 3, p. 64-70, 2012.

GONÇALVES, R. M. D. et al. A comunicação verbal enfermeiro-paciente no perioperatório de cirurgia cardíaca. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 1, n. 1, p. 27-34, 2011.

GONÇALVES, V. L. M. Anotações de enfermagem, In: CIANCIARULLO, T. I. **Sistema de assistência de enfermagem**: evolução e tendências. São Paulo: Ícone, 2001.

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

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. Colaboração Brigitta E. P. Castellanos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

ITO, E. E. et al. **Manual de anotações de enfermagem**. São Paulo: Atheneu, 2004.

KOERICH, C. et al. Cirurgia de revascularização do miocárdio: características da internação e alterações relacionadas ao tempo de internação. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/322326843_Cirurgia_de_revascularizacao_do_miocardio_caracteristicas_da_internacao_e_alteracoes_relacionadas_ao_tempo_de_internacao. Acesso em: 10 set. 2017.

LAIZO, A.; DELGADO, F. E. F.; ROCHA, G. M. Complicações que aumentam o tempo de permanência na unidade de terapia intensiva na cirurgia cardíaca. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, São José do Rio Preto, v. 25, n. 2, p. 166-171, 2010.

LEITE, D. F. et al. A influência de um programa de educação na saúde do homem. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 50-56, 2010.

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

LUCENA, A. F.; BARROS, A. L. B. L. Most frequent nursing diagnosis in a Brazilian intensive care unit. **International Journal of Nursing Terminologies and Classifications**, Philadelphia, v. 17, n. 3, p. 39-46, 2006.

LUCENA, I. C. D.; BARREIRA, I. A. Revista enfermagem em novas dimensões: wanda horta e sua contribuição para a construção de um novo saber da enfermagem (1975-1979). **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 534-540, jul./set. 2011.

MARQUES, D. K. A.; MOREIRA, D. A. C.; NÓBREGA, M. M. L. Análise da teoria das necessidades Humanas Básicas de Horta. **Revista de Enfermagem da UFPE**, Recife, v. 4, n. 2, p. 410-416, 2008.

MATSUDA, L. M.; CARVALHO, A. R. S.; ÉVORA, Y. D. M. Anotações de Enfermagem: a investigação como meio de promover a qualidade do cuidado. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 13., Salvador. **Anais...** Brasília, DF: Aben, 2005. p. 14-17.

MEDEIROS, A. L.; SANTOS, S. R.; CABRAL, R. W. L. Desvelando dificuldades operacionais na sistematização da assistência de enfermagem através da Grounded Theory. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 44-53, 2013. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n1/pdf/v15n1a05.pdf>. Acesso em: 5 set. 2017.

MELO, H. C. et al. O ser-enfermeiro em face do cuidado à criança no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 473-479, 2012.

MOHANA, J. **O mundo e eu**. 9. ed. Rio de Janeiro: Agir, 1989.

MOREIRA, S. V. Análise documental como método e como técnica. In: DUARTE, J.; BARROS, A. (Orgs.). **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. São Paulo: Atlas, 2005. p. 269-279.

MOORHEAD, S. et al. **Classificação dos Resultados de Enfermagem – NOC**. 4. ed. Tradução Regina Machado Garcêz et al. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

NANDA-INTERNACIONAL. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA**: definições e classificação 2015-2017. Tradução Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2015.

OLIVEIRA, L. M.; EVANGELISTA, R. A. Sistematização na assistência à enfermagem (SAE): excelência no cuidado. **Revista do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa e Extensão do UNIPAM**, Pato de Minas, v. 1, n. 7, p. 83-88, 2010.

OLIVEIRA, S. K. P. et al. Diagnósticos de enfermagem presentes em pacientes adultos no pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Revista de Enfermagem da UFPI**, Teresina, v. 1, n. 2, p. 95-100, 2012.

PAGLIUCA, L. M. F. Os princípios da Teoria das Necessidades Humanas básicas e sua aplicabilidade para o paciente com indicação de transplante de córnea. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 46, n. 1, p. 21-31, jan./mar. 1993.

PALOMO, J. H. S.; DAMAS, B. G. B.; GUTIERREZ, M. A. Avaliação do registro eletrônico da prescrição e evolução de enfermagem. **Journal of Health Informatics**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 14-19, jan./mar. 2010.

PERROCA, M. G.; JERICÓ, M. C.; CALIL, A. S. G. Composição da equipe de enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 2, p. 199-205, 2011.

PESSUTO, J.; CARVALHO, E. C. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 33-39, jan. 1998.

PETERSEN, L. C. et al. Fatores de risco cardiovasculares e comorbidades em ambulatorios de cardiologia da região metropolitana de Porto Alegre, RS. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 55, n. 3, p. 217-223, jul./set. 2011.

PIEGAS, L. S. et al. Cirurgia de revascularização miocárdica: resultados do sistema único de saúde. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 93, n. 5, p. 555-560, nov. 2009.

PIVOTO, F. L. et al. Diagnósticos de enfermagem em pacientes no período pós operatório de cirurgias cardíacas. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 5, p. 665-670, 2010.

REPPETTO, M. A.; SOUZA, M. F. Avaliação da realização e do registro da Sistematização da Assistência de enfermagem (SAE) em um hospital universitário. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 58, n. 3, p. 325-329, maio/jun. 2005.

REZENDE, P. O.; GAIZINSKI, R. R. Tempo despendido no sistema de assistência de enfermagem após implementação de sistema padronizado de linguagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 152-169, fev. 2008.

ROSSI, L. A. **O processo de Enfermagem em uma Unidade de Queimados: da ideologia da rotina a utopia do cuidado individualizado**. 1997. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 1997.

SCHAURICH, D.; CROSSETTI, M. G. O. Produção do Conhecimento sobre Teorias de Enfermagem: Análise de periódicos da Área, 1998 a 2007. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 182-188, jan./mar. 2010.

SEGANFREDO, D. H.; ALMEIDA, M. A. Validação de conteúdo de resultados de enfermagem, segundo a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) para

pacientes clínicos, cirúrgicos e críticos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 1-8, jan./fev. 2011.

SILVA, A. G. I. et al. Dificuldades dos estudantes de enfermagem na aprendizagem do diagnóstico de enfermagem, na perspectiva da metacognição. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 466-471, jul./set. 2011.2011

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 101, n. 6, p. 1-63, 2013. Suplemento 1.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO. **Práticas recomendadas – SOBECC**. 6. ed. São Paulo, 2013.

SOUZA, M. H.; ELIAS, D. **Fundamentos da circulação extracorpórea**. 2.ed. Rio de Janeiro: Centro editorial Alfa Rio, 2006.

SOUZA, L. P.; VASCONCELLOS, C.; PARRA, A. V. Processo de enfermagem: dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros de um hospital público de grande porte na Amazônia, Brasil. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, Maringá, v. 10, n. 1, p. 5-20, mar./maio 2015.

TANNURE, M. C.; GONÇALVES, A. M. P. **Sistematização da assistência de enfermagem**: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

TANNURE, M. C. **Construção e avaliação da aplicabilidade de um software com o processo de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva de adultos**. 2012. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de Minas Gerais, 2012.

TAVARES, T. S. et al. Avaliação da implantação da sistematização da assistência de enfermagem em uma unidade pediátrica. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 17, n. 2, p. 278-286, 2013.

APÊNDICE

APÊNDICE A - Formulário de Análise do Processo de Enfermagem

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO COMPLEXO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA SAE (Demonstrativo das cinco etapas previstas na Resolução COFEN 272/2002, utilizando a nomenclatura de HORTA, 1979)

1. DADOS SÓCIO DEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS:

Nome (iniciais):

Idade:

Sexo:

Escolaridade:

Município:

Cor da pele:

Ocupação:

Estado Civil:

Peso:

Doenças prévias:

Doença prevalente:

Tipo de Cirurgia:

Complicação no pós-operatório: () não () sim Qual: _____

Data de admissão:

Data de alta hospitalar:

Data de admissão na UTI:

Data de alta da UTI:

Tempo de internação na UTI:

Reoperação: () não () sim

Prontuário:

2. PROCESSO DE ENFERMAGEM

Legenda

PC: Preenchimento Completo

NP: Não Preenchido

PI: Preenchimento Incompleto

2.1 Histórico De Enfermagem:

Referência: Histórico de enfermagem utilizado no HU, fundamentado nas Necessidades Humanas Básicas (HORTA, 1979).

() PC () PI () NP () Outros

Comentários:

2.2 Diagnóstico de Enfermagem:

Referência: Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I.

() PC () PI () NP () Outros

Comentários:

2.3 Prescrição da Assistência de Enfermagem:

Referência: Intervenções de Enfermagem da NIC.

()PC ()PI ()NP ()Outros

Comentários:

2.4 Implementação da Assistência de Enfermagem:

Referência: Intervenções de Enfermagem da NIC.

()PC ()PI ()NP ()Outros

Comentários:

2.5 Evolução da Assistência de Enfermagem:

Referência: Processo de enfermagem de Wanda Horta (1979).

()PC ()PI ()NP ()Outros

Comentários:

ANEXOS

ANEXO A – Parecer da Comissão Científica do Hospital Universitário da UFMA

		UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA COMISSÃO CIENTÍFICA – COMIC – HU-UFMA	
PARECER DE AUTORIZAÇÃO			
Financiamento		Finalidade do projeto	
☒ Recurso Próprio ☐ Fomento Público Nacional ☐ Fomento Público Internacional ☐ Fomento Privado Nacional / Ind. Farmacêutica ☐ Fomento Privado Internacional / Ind. Farmacêutica		☐ Graduação ☐ Especialização ☐ Residência Multiprofissional ☐ Residência Médica ☐ Residência Buco Maxilo ☐ Iniciação Científica ☐ Dep. Acadêmico ☒ Mestrado ☐ Doutorado ☐ Serviço/HU-UFMA ☐ Outros/ Multicêntrico	
		Nº do Protocolo: 23523.000755/2017-67 Data de Entrada: 15/02/2017 Nº do Parecer: 43/2017 Parecer: APROVADO	

I - IDENTIFICAÇÃO:

Título: Sistematização da assistência de enfermagem a pacientes submetidos à cirurgia cardíaca
Pesquisador Responsável: Santana de Maria A. de Sousa
Maior Titulação: Doutorado
Equipe Executora: Juliana de Cássia Nunes Soares
Unidade onde será realizado: ☒ HUPD ☐ HUMI ☐ CEPEC ☐ Biobanco ☐ Anexos
Sector de realização: SAM (Serviço de Arquivo Médico)
Cooperação estrangeira: ☐ Multicêntrico: ☐ Coparticipante: ☐

II - OBJETIVOS**Geral**

Avaliar a implementação do processo de Sistematização da Assistência de Enfermagem a pacientes submetidos à cirurgia cardíaca em um Hospital Universitário em São Luis - MA.

Específicos

- Fazer o levantamento da caracterização sócio demográfica e clínica dos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca.
- Identificar as etapas do processo de enfermagem aplicado ao paciente submetido à cirurgia cardíaca.
- Identificar a realização e o registro das etapas do processo de enfermagem implementado.
- Verificar pontos importantes observados no processo de enfermagem de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca

III – CRONOGRAMA: Início da coleta: Julho/2017**Final do estudo:** Dezembro/2017**IV - NÚMERO ESTIMADO DA AMOSTRA:** 100

V - RESUMO DO PROJETO: De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a causa número um em casos de óbito em todo o mundo são as doenças cardiovasculares. Cerca de 17,5 milhões de pessoas morrem todos os anos vítimas dessas doenças. Segundo o Ministério da Saúde, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 29,4% de todas as mortes registradas no País em um ano. Vale destacar que o tratamento cirúrgico é uma opção viável para pacientes com doenças cardiovasculares, devido aos avanços nos procedimentos diagnósticos, no tratamento clínico, nas técnicas cirúrgicas e anestésicas, na assistência prestada em unidades de terapia intensiva e cirúrgica. Por ser um procedimento de alta complexidade e de alto risco, o paciente submetido a cirurgia cardíaca apresenta grande vulnerabilidade, requerendo ações sistemáticas e bem elaboradas por parte do profissional enfermeiro. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) veio consolidar as práticas do cuidado, visto que

constitui um meio para o enfermeiro aplicar seus conhecimentos técnico-científicos, caracterizando sua prática profissional e favorecendo o cuidado e a organização das condições necessárias para que o cuidado seja realizado pela equipe de enfermagem. O estudo tem como objetivo avaliar a implementação do processo de Sistematização da Assistência de Enfermagem a pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. Será realizado análise documental retrospectiva na Unidade Presidente Dutra da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA) com dados dos pacientes que estiveram internados e realizaram cirurgia cardíaca no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2015. Será solicitada a autorização para a Comissão Científica do Hospital Universitário – COMIC/HUUFMA e somente após autorização será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do HUUFMA. **Descritores:** Cuidados de Enfermagem. Cirurgia Cardíaca. Registros de Enfermagem.

VI-PARECER: Aprovado

A aprovação representa a autorização para a coleta de dados no âmbito do HU-UFMA, fundamentado na Resolução 001/CAHU/UFMA de 03 de agosto de 2007, entretanto **o início da coleta de dados** está condicionado à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa CEP/HU-UFMA **em atendimento à Resolução CNS nº 466/12** e suas complementares, considerando que os aspectos éticos não são avaliados pela COMIC.

Após o término da pesquisa, o pesquisador deverá encaminhar o relatório final (resumo, cópia em CD) à Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP-HU-UFMA).

São Luís, 04 de abril de 2017

Profa. Dra. Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa
Gerente de Ensino e Pesquisa-GEP/HU-UFMA


Dra. Nilady Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa
Coordenadora Regional Multiprofissional em Saúde
HUUFMA/MEC/EPSSERH
Mar/ 650315

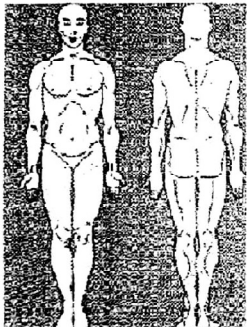
ANEXO B – Histórico de Enfermagem

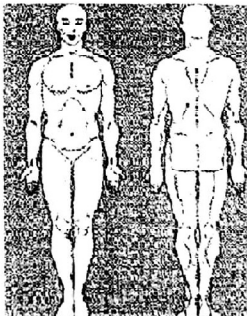


UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
COMPLEXO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM DO ADULTO

1. IDENTIFICAÇÃO			
Nome: Leito: Prontuário:			
DN: Idade: Cor/raça: Admissão no hospital: Admissão na unidade: às h			
Grupo ABO: Ocupação: Escolaridade: Estado civil:			
Procedência: Telefone:			
Acompanhante: Parentesco:			
2. ANTECEDENTES			
Doenças de base: () Diabetes () HAS () Outras Quais?			
Doenças da infância:			
Internações anteriores? () Sim () Não Motivo:			
Medicações em uso? () Sim () Não Quais?			
Antecedentes familiares:			
Hábitos de vida:			
3. HISTÓRIA DA INTERNAÇÃO ATUAL			
Queixa principal: Início dos sinais/sintomas:			
Evolução da(s) queixa(s):			
Tratamento atual:			
4. NECESSIDADES PSICORRACIONAIS			
4.1 OXIGENAÇÃO			
FR irpm Tórax: () Simétrico () Assimétrico			
Tipo: () Em tonel () Pectus excavatum () Elíptico () Pectus carinatum () Citose () Escoliose			
Padrão Respiratório: () Superficial () Profunda () Eupneia () Dispneia () Bradipneia			
() Taquipneia () BAN () Apneia () Tiragem intercostal () Tiragem subcostal () Músculos Acessórios			
Ventilação: () Espontânea () Cateter de O ₂ l/min () Máscara de Venturi %			
() Ventilação Mecânica Modalidade: FiO ₂ % Dispositivos: () TQT () TOT () TNT Nº Posição:			
Ausculta Pulmonar: Murmúrios vesiculares Ruidos adventícios:			
Tosse: () Sim () Não () Improdutiva () Produtiva Característica da secreção:			
Sialorreia: () Sim () Não Frêmito: () Preservado () Diminuído () Aumentado			
Percussão: () Claro-pulmonar () Maciço () Timpânico			
() DT Localização: Data de Inserção: Selo d'água: mL			
Característica da secreção:			
4.2 HIDRATAÇÃO/ NUTRIÇÃO/ ELIMINAÇÃO/ REGULAÇÃO HIDROELETROLÍTICA			
Turgor: () Preservado () Diminuído () Edema Característica:			
Sede? () Sim () Não () Não se aplica Olhos fundos? () Sim () Não Mucosas: () Úmidas () Secas () Coradas () Hipocoradas			
Apetite: () Normal () Aumentado () Diminuído () Não se aplica			
Sondagem gástrica? () Sim () Não Tipo/finalidade/Local de inserção:			
Dieta? () Sim () Não Tipo/via e forma de administração/volume/intervalo:			
Resíduo gástrico: () Náuseas () Vômitos características:			
Abdome: () Tenso () Normotenso () Plano () Globoso () Distendido () Gravidico			
Assimétrico? () Sim () Não Ausculta: Percussão: () Timpânico () Hipertimpânico			
() Macicez Sinal de Piperete: () Positivo () Negativo			
Palpação: () Massas/Tumorações () Dor () Visceromegalias			
() Ileostomia () Colostomia Dreno: Cateter:			
Eliminações intestinais:			
Diurese: () Espontânea () Fralda () Coletor () SVA () SVD Data da inserção:			
Quantidade/aspecto/frequência:			
4.3 REGULAÇÃO NEUROLÓGICA/ EXERCÍCIO E ATIVIDADE FÍSICA/ MOBILIDADE/ SONO E REPOUSO/ MECÂNICA CORPORAL/ LOCOMOÇÃO			
Escala de GLASGOW: Ocular: Verbal: Motor: Pontuação total: () Não Avaliada Motivo:			
Escala de RAMSAY valor: pontos Não se aplica () Escala de RASS valor: pontos Não se aplica ()			
Nível de consciência: () Sonolento () Alerta () Orientado () Desorientado () Confuso			
() Sedado () Torporoso () Comatoso () Inconsciente			
Pupilas: () Mioticas () Midriáticas () Isocóricas () Anisocóricas () Fotorreativas () Fixas			
Atividade: () Ativo () Hipoativo () Reativo a manuseio () Reativo ao estímulo doloroso () Arreflexo			
Mobilidade: () Hipotonia () Hipertonia () Distonia () Espasmos () Convulsão			
Tipo: () Movimentos bruscos () Movimentação e flexão dos membros			
Sono: () Regular () Irregular () Agitação () Com uso de medicamentos () Vigília			
MMSS/MMII: () Deformidades () Atrofias Tipo:			
Locomoção: () Restrito ao leito () Outro Especificar:			
4.4 CARDIOVASCULAR			
FC: bpm PA: mmHg PAI: mmHg PAP: mmHg PVC: mmHg			
Pulso: () Cheio () Filiforme () Regular () Irregular Perfusão periférica: () Preservada () Diminuída			
Bulhas: () Sopros () Arritmia () Bradicardia () Taquicardia () Baquetamento digital			
Dispositivos: () Marcapasso Tipo: () Outros Especificar:			
Drenos:			

ANEXO C – Ficha Perioperatória

  EBSERH HOSPITAL SANTA HELENA		ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PERIOPERATÓRIO		1
ADMISSÃO NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO				
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
Nome do paciente:			Data:	
Cirurgia proposta:			Prontuário:	
Cirurgião:	Especialidade:		Leito:	
Idade:	Peso:		Altura:	
Check List	Sim	Não	Comentários e/ou pendências	
Possui alergias:	☐	☐		
Patologias pré-existentes:	☐	☐		
Faz uso de algum medicamento diário?	☐	☐		
Passado Cirúrgico:	☐	☐		
Usa próteses:	☐	☐		
Preparo intestinal:	☐	☐		
Exames pré-operatórios completos:	☐	☐		
Reserva de sangue:	☐	☐		
Reserva de UTI:	☐	☐		
Orientado quanto ao jejum, banho, tricotomia, retirada de adornos e próteses:	☐	☐		
Termo de Consentimento Assinado:	☐	☐		
Visita pré – anestésica:	☐	☐		
		Lesões pré-existentes: 		
Enfermeiro responsável pela admissão: _____		Membro a ser operado: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Lado a ser operado: Lado D ☐ Lado E ☐ Região: _____ Fístula Arterio Venosa: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐		
ADMISSÃO NO CENTRO CIRÚRGICO		DATA:		
Exames pré-operatórios:		Laboratoriais: ☐	Imagem: ☐	Cardiológico: ☐
Jejum a partir das _____ h do dia ____/____/____. Confirmar retirada prótese e adornos: ☐				
Tricotomia às _____ h				
Tax:	FC:	PA:	SO ₂ :	
Enfermeiro responsável pela admissão no CC: _____				

TRANSOPERATÓRIO				
Intraoperatório				
Paciente:			Prontuário:	
Idade	Leito:	Hora da admissão na SO:	Sala:	
Cirurgia realizada:				
Início da cirurgia:	Término da cirurgia:	1º Circulante:	1º Instrumentador:	
		2º Circulante:	2º Instrumentador:	
Cirurgião:		1º Assistente:	2º Assistente:	
Anestesia:				
Anestesista:		Residente da anestesia:		
Posição Cirúrgica				
Dorsal ☐	Ventral ☐	Lateral Esquerda ☐	Lateral Direita ☐	Ginecológica/Litotômica ☐
Canivete ☐	Semi-rose ☐	Trendelenburg ☐	Proclive ☐	
Antibiótico profilático: _____				
1º Dose: _____ h 2º Dose: _____ h 3º Dose: _____ h				
Soluções utilizadas:				
Degermação: PVPI Degermante ☐ Clorexidina Degermante a % ☐ Outra ☐ _____				
Assepsia: PVPI Tópico ☐ Clorexidina alcoólica a % ☐ Outra ☐ _____				
Contagem de compressas				
Compressas Oferecidas: Pequenas _____ Grandes _____				
Compressas Recebidas: Pequenas _____ Grandes _____				
Localização de:		Equipamentos e acessórios utilizados:		
● Monitorização cardíaca ▲ Placa de bisturi ■ Garrote Pneumático/Faixa de Smarch ⇒ Dispositivo antitrombótico - X Incisão cirúrgica				
		Aparelho de anestesia ☐ Capnógrafo ☐ Monitor multiparamétrico ☐ Bomba de infusão ☐ Laparoscópico ☐ Endoscópico ☐ Aparelho de Scopia ☐ Bisturi Elétrico ☐ Marca, Modelo e Nº de série do Bisturi Elétrico _____		
Líquidos administrados	Sim	Não	Quantidades	Dispositivos instalados na SO
Soro Fisiológico	☐	☐		Venoclise ☐
Soro Ringer Lactato	☐	☐		PAM ☐
Soro Glicosado	☐	☐		SVD ☐
Concentrado de Hemácias	☐	☐		SNG ☐
Plasma	☐	☐		Dreno de Penrose ☐
Plaquetas	☐	☐		Dreno de Tórax ☐
Outros:	☐	☐		TOT ☐
				CVC ☐
Diurese no transoperatório: _____ ml			Outro: _____	

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA SRPA									
Paciente:						Leito:		Prontuário:	
Cirurgia realizada:									
Anestesia realizada:									
Admissão na SRPA às:					PA do pré-operatório:			Data:	
Sinais Vitais	Adm.	15 min	30 min	45 min	1 h	1h:30min	2:00h	Sinais Vitais na Alta	
PA									
FC									
SpO ₂									
Temp.									
ÍNDICE DE ALDRETE-KROULIK									
Intervalo	Consciência (0 a 2)	Respiração (0 a 2)	Saturação (0 a 2)	Circulação (0 a 2)	Atividade (0 a 2)	Total do índice (0 a 10)	Avaliação Dor Escala Numérica (0 a 10)		
Admissão									
30 min									
60 min									
1h:30 min									
2 h									
Medicações							Horário		
Líquidos administrados:	Hora:	Quant.	Hora:	Quant.	Eliminados:	Hora:	Quant.	Hora:	Quant.
Soro Fisiológico					Urina				
Soro Ringer Lactato					Irrigação Contínua				
Soro Glicosado					Suco Gástrico				
Concentrado de Hemácias					Dreno de Tórax				
Plasma					Dreno de sucção				
Transferido para a unidade de internação às: _____ Com: _____									
Cateter Venoso Periférico ☐ SVD ☐ SNG ☐ TOT ☐ PAM ☐ CVC ☐ Dreno de Tórax ☐									
Dreno de Sucção ☐ Outro: _____									
Anotações de Enfermagem:									
Anestesiologista responsável pela Alta:					Profissional Responsável pela transferência:				

MSA-501 (verso)