

FLÁVIA LAMBERTI PIVOTO

**PROPOSTA DE PROCESSO DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE
TRATAMENTO INTENSIVO PÓS-OPERATÓRIA CARDIOLÓGICA**

**RIO GRANDE
2008**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**PROPOSTA DE PROCESSO DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE
TRATAMENTO INTENSIVO PÓS-OPERATÓRIA CARDIOLÓGICA**

FLÁVIA LAMBERTI PIVOTO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa Organização do Trabalho da Enfermagem/Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho

**Rio Grande
2008**

P693 Pivoto, Flávia Lamberti

Proposta de processo de enfermagem em unidade tratamento intensivo pós-operatória cardiológica / Flávia Lamberti Pivoto. – Rio Grande: Universidade Federal do Rio Grande, 2008.
116p. ; 29,7 cm.

Orientador: Wilson Danilo Lunardi Filho
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande.
Curso de Pós-graduação em Enfermagem, 2008.
Anexos: f. 116
Apêndices: f.104-115
Referências bibliográficas: f. 97-103

1.Enfermagem 2. Processos de Enfermagem. 3. Papel do Profissional da Enfermagem. 4. Procedimentos Cirúrgicos Cardíacos. 5.Cuidados Pós-operatórios. 6. Rio Grande. I. Pivoto, Flávia Lamberti.II. Lunardi Filho, Wilson Danilo. III. Universidade Federal do Rio Grande.

CDU 616-083.98

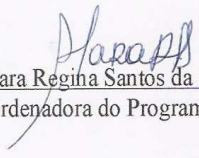
FLÁVIA LAMBERTI PIVOTO

**PROPOSTA DE PROCESSO DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TRATAMENTO
INTENSIVO PÓS-OPERATÓRIA CARDIOLÓGICA**

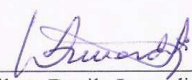
Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de

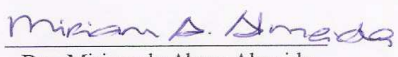
Mestre em Enfermagem

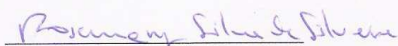
e aprovada na sua versão final 12 de setembro de 2008, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde

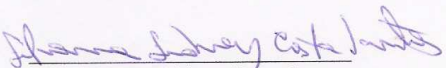

Dra. Mara Regina Santos da Silva
Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA:


Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho
Presidente (FURG)


Dra. Miriam de Abreu Almeida
Membro (UFRGS)


Dra. Rosemary Silva da Silveira
Membro (FURG)


Dra. Silvana Sidney Costa Santos
Membro (FURG)

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Flávio e Alcenira,

Com eterna gratidão pelas oportunidades que me ofereceram, pelas vezes em que abriram
mãos dos seus sonhos para viverem os meus, pela confiança que depositam em mim, por
serem meu ponto de equilíbrio, força e apoio.

Sempre que eu vencer na vida lembrarei de vocês e as lágrimas correram de admiração,
dedico e agradeço a vocês tudo o que sou. Obrigado por me ensinarem a vencer os obstáculos
dignamente, exemplos de vida, amor, dedicação, companheirismo e aprovação incondicional.

Sem vocês eu não estaria aqui, espero nunca decepcioná-los, amo-os.

E ao meu irmão Felipe,

Por me acompanhar nas trajetórias da vida, pelo amor, proteção, apoio e por ser o homem
digno e lutador que és, fazendo com que eu me orgulhe de ti, pedaço de mim, te amo.

Sem vocês meu mundo seria vazio...

Obrigada!

AGRADECIMENTOS

A Deus,

Por me acompanhar em mais esta trajetória de vida e por me dar força para superar as inúmeras dificuldades.

À minha família,

Pela presença constante e por compreenderem os muitos momentos de ausência.

Ao meu orientador Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho,

Pelos ensinamentos em mais esta etapa, por compartilhar seus conhecimentos e experiência, pelo apoio e compreensão, pela amizade, por acreditar em mim. Meu eterno carinho, gratidão e admiração. Obrigada!

À Dr^a Silvana Sidney Costa Santos,

Pela significativa contribuição científica e emocional neste trabalho, pelo apoio e amizade, minha perene admiração e afeição.

À Dr^a Valéria Lerch Lunardi,

Por ser um exemplo profissional, pela amizade e apoio.

À coordenadora do Programa Dr^a Mara Regina Santos da Silva,

Por ter mostrado a significação e o encanto da pesquisa e da docência, acompanhado meus primeiros passos, pelos ensinamentos, pela amizade, carinho e compreensão.

À banca examinadora, Dr^a Miriam de Abreu Almeida, Dr^a Silvana Sidney Costa Santos e Dr^a Rosemary Silva da Silveira,

Pela disponibilidade em participar da banca, empenho e contribuições para o aprimoramento deste estudo.

Ao corpo docente da Escola de Enfermagem,

Pelos conhecimentos compartilhados e oportunidades de aprendizagem nos anos de graduação e mestrado. Meu respeito e consideração.

*Aos funcionários da Escola de Enfermagem,
Pela eficiência, disponibilidade e prontidão.*

*Às enfermeiras da UTI-UPO, amigas queridas,
Pela participação voluntária e comprometida nesta construção, sem a qual não seria possível o desenvolvimento desta pesquisa, vocês se permitiram clarificar as dificuldades que todas temos e discutir nossa própria prática, são exemplos profissionais. Meu eterno carinho.*

*A todos os colegas, profissionais da UTI-UPO, eternos amigos,
Pelo apoio e acolhimento no desenvolvimento deste estudo, pelo carinho dispensado, por estarem ao meu lado, por entenderem o cansaço, por terem sido uma família. A saudade e as boas lembranças sempre cobrirão de lágrimas os olhos...*

*À instituição, Santa Casa do Rio Grande,
Por permitir o desenvolvimento deste estudo nesta respeitosa instituição. Em especial às Irmãs Acélia Schwengber e Rosete Gasparetto pelo incentivo e apoio para realização do meu mestrado.*

*Às colegas do mestrado,
Pelo companheirismo e por terem compartilhado angústias.*

*Aos meus amigos e pessoas que convivi,
Pela amizade verdadeira, pelo companheirismo e apoio, por terem entendido minhas ausências, e mesmo, por me decepcionarem, os desapontamentos também proporcionaram meu crescimento...*

Por certo, há muito que e a quem agradecer, quisera eu pudesse manifestar em palavras o quão significativo e intenso é meu reconhecimento aos que me acompanharam nesta caminhada, quisera eu pudesse entregar o fruto desta trajetória e nela as pessoas vissem retratada minha felicidade, mas o mundo das palavras e dos gestos, infelizmente não consegue decifrar literalmente nossos sentimentos...

RESUMO

PIVOTO, Flávia Lamberti. Proposta de Processo de Enfermagem em Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória Cardiológica. 2008. 116 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

Trata-se de um estudo qualitativo de caráter exploratório e descritivo, com seu trajeto metodológico ancorado na metodologia convergente-assistencial, que objetivou elaborar em conjunto com as enfermeiras da Unidade Pós-Operatória Cardiológica de Tratamento Intensivo, uma proposta de Processo de Enfermagem aos pacientes em pós-operatória de cirurgia cardíaca. A proposta contempla as etapas de: histórico, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem, e foi validada em cinco encontros que utilizaram a técnica de grupo de convergência, do qual participaram cinco enfermeiras envolvidas na assistência prestada na Unidade. Vale ressaltar que todas as questões éticas foram respeitadas no desenvolvimento do estudo. A primeira fase da proposta, incorporou o instrumento de coleta de dados para o histórico de enfermagem já elaborado na unidade, que foi utilizado como fonte dos dados que embasaram as etapas subseqüentes. Juntamente com as evoluções de enfermagem, contidas nos prontuários dos pacientes, as anotações do livro de ocorrências de enfermagem, nos quais se realizou pesquisa documental para levantamento de dados relevantes, que foram distribuídos em seis grupos conforme o dia de pós-operatório a que correspondiam os registros dos pacientes investigados e organizados em tabelas contendo a frequência com que cada dado foi evidenciado em relação ao número de pacientes pesquisados. Consultou-se os registros referentes à 20 pacientes submetidos a cirurgias num intervalo de 30 dias. Os dados relevantes evidenciados passaram a constituir ou embasaram o estabelecimento das características definidoras e fatores relacionados dos enunciados diagnósticos. Estabeleceu-se 15 enunciados diagnósticos para o período pós-operatório de cirurgias cardíacas, baseados na taxonomia II da NANDA. Para tanto, foram planejadas prescrições de enfermagem correlatas, apoiadas na experiência profissional das participantes, bem como na literatura da área, visando a satisfazer as necessidades identificadas. Com o intuito de operacionalizar e agilizar a elaboração da prescrição de enfermagem, elaborou-se quatro modelos de prescrições com base nas prescrições correlatas aos diagnósticos e nos grupos de dados relevantes segundo o dia de pós-operatório. O primeiro modelo corresponde ao período pós-operatório imediato; o segundo, ao primeiro dia de internação; o terceiro ao segundo dia, e, o quarto modelo, do terceiro dia em diante. Surgiram, respectivamente, 37, 27, 25 e 19 intervenções de enfermagem adequadas às necessidades de cada período, sendo permitido o acréscimo ou a retirada de intervenções de acordo com a necessidade. A última etapa incorporou a metodologia de desenvolvimento da evolução de enfermagem da unidade de estudo, sendo desenvolvida diariamente, na transferência e/ ou óbito do paciente. A proposta desenvolvida parece retratar as necessidades de assistência de enfermagem ao paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca. Além de, viabilizar a demonstração e o registro de forma sistematizada e organizada das ações de enfermagem. A adoção de um método científico específico de organização, planejamento e execução das atividades de enfermagem com a implementação do Processo de Enfermagem na prática profissional representam estratégias à delimitação dos fazeres e saberes da enfermagem, à visibilidade e reconhecimento do trabalho realizado e à maior valorização profissional.

Enfermagem. Processos de Enfermagem. Papel do Profissional de Enfermagem. Procedimentos Cirúrgicos Cardíacos. Cuidados Pós-Operatórios.

ABSTRAT

PIVOTO, Flávia Lamberti. Nursery Process proposal in the Unit of Intensive Treatement for the pos-operative period after a heart surgery. 2008. 116 Pg. Dissertation (Masters in Nursery) - Nursery Pos-graduation Program, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

This is a qualitative, exploratory and descriptive study which is based on the convergent-assistance methodology that aimed to elaborate a Nursery Process proposal to patients who are in the pos-operative period after they did a heart surgery. This proposal was elaborate with the nursery team of the Pos-operative Cardilogic of Intensive Treatment Unit. The steps that follow were contemplated by the proposal: diagnoses, prescription and nursery evolution. The proposal was validated in five meetings that used the convergence group technique in which five nurses who attend in the Unit have participated. Every single ethical question was respected in the study developing. The proposal's first stage used the data collect tool for the nursery historical made in the Unit that was used as the source of data that was in the subsequent steps. Together with the nursery evolutions in the patients' records, there were the nursery occurrence book notes which were used to do a documental research to collect relevant data. The data was distributed among six groups according to the pos-operative day that the patients' registrations corresponded to. The patients were investigated and organized in tables that had the frequency of each data was discovered in relation to the number of interviewed patients. We researched in registrations referred to 20 patients submitted to 30 days interval surgeries. The presented relevant data constitute the definer characteristics establishment and the diagnoses related factors. The study established 15 diagnoses based on taxonomy II of NANDA for the pos-operative period of heart surgery. For that, correlated nursery prescriptions were planned based on the participants' professional experience and on the literature as well, aiming to satisfy the identified needs. Aiming to operate and make the nursery prescription elaboration faster, four prescription models were elaborated based on the prescriptions correlated to the diagnoses and in the relevant data groups according to the pos-operative day. The first model corresponds to the immediately pos-operative period; the second corresponds to the first day of admission; the third corresponds to the second day and the fourth model corresponds to the third day on. 37, 27, 25 and 19 interventions respectively came out. These were nursery interventions appropriated to the each period needs. The rising or decreases of interventions are allowed according to the need. The last step used the nursery evolution developing methodology of the study Unit. This methodology is daily developed in the patient's transference or death. The developed proposal seems to show the needs of the nursery assistance to patients who are in the pos-operative period. Besides, it makes possible the nursery actions' demonstration and registration in a systematized and organized way. Adopting a specific scientific method to organize, plan and do the nursery activities together with the implementation of the Nursery Process on the professional practice represent strategies to the Nursery responsibilities and knowledge delimitation, to the visibility, the done work recognition and to a higher professional valorization.

Key words: Nursery. Nursery processes. Nursery professional role. Cardiac Surgical Procedures. Postoperative care.

RESUMEN

PIVOTO, Flávia Lamberti. Propuesta de Proceso de Enfermería en Unidad Pos operatoria Cardiológica de Tratamiento Intensivo. 2008. 116 f. Disertación (Maestría en Enfermería) - Programa de Postgrado en Enfermería, Universidad Federal del Río Grande, Río Grande.

Se trata de un estudio cualitativo de cuño exploratorio y descriptivo, con su trayecto metodológico anclado en la metodología convergente-asistencial, que objetiva elaborar en conjunto con las enfermeras de la Unidad Pos operatoria Cardiológica de Tratamiento Intensivo, una propuesta de Proceso de Enfermería a los pacientes en pos operatoria de cirugía cardíaca. La propuesta contempla las etapas de: histórico, diagnóstico, prescripción y evolución de enfermería, y fue validado en cinco encuentros en que se utilizó la técnica de grupo de convergencia, donde participaron cinco enfermeras envueltas en la asistencia prestada en la Unidad. Vale decir que todas las cuestiones éticas fueron respetadas en el desarrollo del estudio. La primera fase de la propuesta, incorporó el instrumento de coleta de datos para el histórico de enfermería ya elaborado en la unidad, que fue utilizado como fuente de los datos que basaran las etapas subsiguientes. Juntamente con las evoluciones de enfermería, contenidas en los prontuarios de los pacientes, las anotaciones del libro de ocurrencias de enfermería, en los cuales se realizó pesquisa documental para levantamiento de datos relevantes, que fueron distribuidos en seis grupos conforme el día de pos operatorio a que correspondían los registros de los pacientes investigados y organizados en tablas conteniendo la frecuencia en la cual cada dato fue evidenciado en relación al número de pacientes pesquisados. Fue hecha una consulta en los registros referentes a los 20 pacientes sometidos a cirugías en un intervalo de 30 días. Los datos relevantes evidenciados pasaron a constituir o basaran el establecimiento de las características definidoras y factores relacionados de los enunciados diagnósticos. Se estableció 15 enunciados diagnósticos para el período pos operatorio de cirugías cardíacas, basados en la taxonomía II de la NANDA. Para eso, fueron planeadas prescripciones de enfermería correlativas, apoyadas en la experiencia profesional de las participantes, bien como en la literatura del área, visando a satisfacer a las necesidades identificadas. Con el intuito de operar y agilizar la elaboración de la prescripción de enfermería, se elaboró cuatro modelos de prescripciones con base en las prescripciones correlativas a los diagnósticos y en los grupos de datos relevantes segundo el día de pos operatorio. El primero modelo, corresponde al periodo pos operatorio inmediato; el segundo, al primero día de internación; el tercero al según día, y, el cuarto modelo, del tercero día enfrente. Surgieron, respectivamente, 37, 27, 25 y 19 intervenciones de enfermería adecuadas a las necesidades de cada periodo, sendo permitido añadir o retirar intervenciones de acuerdo con la necesidad. La última etapa incorporó la metodología de desarrollo de la evolución de enfermería de la Unidad de estudio, sendo desarrollada diariamente, en la transferencia y/ o óbito del paciente. La propuesta desarrollada parece retratar las necesidades de asistencia de enfermería al paciente en pos operatorio de cirugía cardíaca. Además, promover la demostración y el registro de forma sistematizada y organizada de las acciones de enfermería. El adopción de un método científico específico de organización, planeamiento y ejecución de las actividades de enfermería con la implementación del Proceso de Enfermería en la práctica profesional representan estrategias a la delimitación de los “haceres” y “saberes” de la enfermería, a la visibilidad e reconocimiento del trabajo realizado y a una mayor valoración profesional.

Descriptores: Enfermería. Procesos de Enfermería. Papel del Profesional de Enfermería. Procedimientos Quirúrgicos Cardíacos. Cuidados Postoperatorios.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Classificação das Necessidades Humanas Básicas de Horta	46
Quadro 2 –	Formulário de admissão pós-operatória e clínica da Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória Cardiológica do Hospital de Cardiologia e Oncologia Dr. Pedro Bertoni. Rio Grande – RS, 2008	66
Quadro 3 –	Dados relevantes identificados em pacientes no pós-operatório de cirurgias cardíacas. Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória Cardiológica. Hospital de Cardiologia e Oncologia Dr. Pedro Bertoni. Rio Grande - RS, 2008	68
Quadro 4 –	Dados relevantes evidenciados em pacientes no pós-operatório imediato de cirurgias cardíacas. Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória Cardiológica. Hospital de Cardiologia e Oncologia Pedro Bertoni. Rio Grande – RS, abril de 2008.	69
Quadro 5 –	Dados relevantes evidenciados em pacientes no primeiro dia de pós-operatório de cirurgias cardíacas. Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória Cardiológica. Hospital de Cardiologia e Oncologia Pedro Bertoni. Rio Grande – RS, abril de 2008.	70
Quadro 6 –	Dados relevantes evidenciados em pacientes no segundo dia de pós-operatório de cirurgias cardíacas. Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória Cardiológica. Hospital de Cardiologia e Oncologia Pedro Bertoni. Rio Grande – RS, abril de 2008.	72
Quadro 7 –	Dados relevantes evidenciados em pacientes no terceiro dia de pós-operatório de cirurgias cardíacas. Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória Cardiológica. Hospital de Cardiologia e Oncologia Pedro Bertoni. Rio Grande – RS, abril de 2008.	72
Quadro 8 –	Dados relevantes evidenciados em pacientes no quarto dia de pós-operatório de cirurgias cardíacas. Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória Cardiológica. Hospital de Cardiologia e Oncologia Pedro Bertoni. Rio Grande – RS, abril de 2008.	73
Quadro 9 –	Dados relevantes evidenciados em pacientes no quinto dia de pós-operatório de cirurgias cardíacas. Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória Cardiológica. Hospital de Cardiologia e Oncologia Pedro Bertoni. Rio Grande – RS, abril de 2008.	74
Quadro 10 –	Relação entre os diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes em pós-operatório de cirurgias cardíacas e as Necessidades Humanas Básicas. Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória cardiológica. Hospital de Cardiologia e Oncologia Pedro Bertoni. Rio Grande – RS, 2008.	76

Quadro 11 –	Fatores relacionados e características definidoras que fundamentam o diagnóstico de enfermagem troca de gases prejudicada identificado em pacientes em pós-operatório de cirurgias cardíacas. Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória cardiológica. Hospital de Cardiologia e Oncologia Pedro Bertoni. Rio Grande – RS, 2008.	77
Quadro 12 –	Fatores relacionados e características definidoras que fundamentam o diagnóstico de enfermagem desobstrução ineficaz de vias aéreas identificado em pacientes em pós-operatório de cirurgias cardíacas. Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória cardiológica. Hospital de Cardiologia e Oncologia Pedro Bertoni. Rio Grande – RS, 2008.	78
Quadro 13 –	Fatores relacionados e características definidoras que fundamentam o diagnóstico de enfermagem insônia identificado em pacientes em pós-operatório de cirurgias cardíacas. Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória cardiológica. Hospital de Cardiologia e Oncologia Pedro Bertoni. Rio Grande – RS, 2008.	78
Quadro 14 –	Fatores relacionados e características definidoras que fundamentam o diagnóstico de enfermagem mobilidade no leito prejudicada identificado em pacientes em pós-operatório de cirurgias cardíacas. Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória cardiológica. Hospital de Cardiologia e Oncologia Pedro Bertoni. Rio Grande – RS, 2008.	79
Quadro 15 –	Fatores relacionados e características definidoras que fundamentam o diagnóstico de enfermagem integridade da pele prejudicada identificado em pacientes em pós-operatório de cirurgias cardíacas. Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória cardiológica. Hospital de Cardiologia e Oncologia Pedro Bertoni. Rio Grande – RS, 2008.	80
Quadro 16 –	Fatores de risco que fundamentam o diagnóstico de enfermagem risco de infecção identificado em pacientes em pós-operatório de cirurgias cardíacas. Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória cardiológica. Hospital de Cardiologia e Oncologia Pedro Bertoni. Rio Grande – RS, 2008.	80
Quadro 17 –	Fatores relacionados e características definidoras que fundamentam o diagnóstico de enfermagem hipotermia identificado em pacientes em pós-operatório de cirurgias cardíacas. Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória cardiológica. Hospital de Cardiologia e Oncologia Pedro Bertoni. Rio Grande – RS, 2008.	81
Quadro 18 –	Fatores relacionados e características definidoras que fundamentam o Diagnóstico de Enfermagem hipertermia identificado em pacientes em pós-operatório de cirurgias cardíacas. Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória cardiológica. Hospital de	81

Cardiologia e Oncologia Pedro Bertoni. Rio Grande – RS, 2008.

Quadro 19 –	Fatores relacionados e características definidoras que fundamentam o diagnóstico de enfermagem débito cardíaco diminuído identificado em pacientes em pós-operatório de cirurgias cardíacas. Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória cardiológica. Hospital de Cardiologia e Oncologia Pedro Bertoni. Rio Grande – RS, 2008.	82
Quadro 20 –	Fatores de risco que fundamentam o diagnóstico de enfermagem risco de desequilíbrio do volume de líquidos identificado em pacientes em pós-operatório de cirurgias cardíacas. Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória cardiológica. Hospital de Cardiologia e Oncologia Pedro Bertoni. Rio Grande – RS, 2008.	82
Quadro 21 –	Fatores relacionados e características definidoras que fundamentam o diagnóstico de enfermagem perfusão tissular renal ineficaz identificado em pacientes em pós-operatório de cirurgias cardíacas. Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória cardiológica. Hospital de Cardiologia e Oncologia Pedro Bertoni. Rio Grande – RS, 2008.	83
Quadro 22 –	Fatores de risco que fundamentam o Diagnóstico de Enfermagem risco de glicemia instável identificado em pacientes em pós-operatório de cirurgias cardíacas. Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória cardiológica. Hospital de Cardiologia e Oncologia Pedro Bertoni. Rio Grande – RS, 2008.	83
Quadro 23 –	Fatores relacionados e características definidoras que fundamentam o diagnóstico de enfermagem dor aguda identificado em pacientes em pós-operatório de cirurgias cardíacas. Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória cardiológica. Hospital de Cardiologia e Oncologia Pedro Bertoni. Rio Grande – RS, 2008.	84
Quadro 24 –	Fatores relacionados e características definidoras que fundamentam o diagnóstico de enfermagem ansiedade identificado em pacientes em pós-operatório de cirurgias cardíacas. Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória cardiológica. Hospital de Cardiologia e Oncologia Pedro Bertoni. Rio Grande – RS, 2008.	85
Quadro 25 –	Fatores relacionados e características definidoras que fundamentam o diagnóstico de enfermagem comunicação verbal prejudicada identificado em pacientes em pós-operatório de cirurgias cardíacas. Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória cardiológica. Hospital de Cardiologia e Oncologia Pedro Bertoni. Rio Grande – RS, 2008.	85
Quadro 26 –	Prescrições de enfermagem correlatas aos diagnósticos de enfermagem estabelecidos. Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória cardiológica. Hospital de Cardiologia e Oncologia Pedro	87

Bertoni. Rio Grande – RS, 2008.

Quadro 27 –	Modelo de Prescrição de Enfermagem ao paciente no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca. Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória Cardiológica. Hospital de Cardiologia e Oncologia Dr. Pedro Bertoni. Rio Grande - RS, 2008.	90
Quadro 28 –	Modelo de Prescrição de Enfermagem ao paciente no 1º dia de pós-operatório de cirurgia cardíaca. Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória Cardiológica. Hospital de Cardiologia e Oncologia Dr. Pedro Bertoni. Rio Grande - RS, 2008.	91
Quadro 29 –	Modelo de Prescrição de Enfermagem ao paciente no 2º dia de pós-operatório de cirurgia cardíaca. Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória Cardiológica. Hospital de Cardiologia e Oncologia Dr. Pedro Bertoni. Rio Grande - RS, 2008.	92
Quadro 30 –	Modelo de Prescrição de Enfermagem ao paciente no e a partir do 3º dia de pós-operatório de cirurgia cardíaca. Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória Cardiológica. Hospital de Cardiologia e Oncologia Dr. Pedro Bertoni. Rio Grande - RS, 2008.	92

LISTA DE ABREVISTURAS E SIGLAS

AE	–	Átrio esquerdo
BIAO	–	Balão intra-aórtico
COFEN	–	Conselho Federal de Enfermagem
CPM	–	Conforme prescrição médica
FO	–	Ferida operatória
FURG	–	Universidade Federal do Rio Grande
HCOPB	–	Hospital de Cardiologia e Oncologia Dr. Pedro Berton
NANDA	–	<i>North American Nursing Diagnosis Association</i>
NIC	–	Classificação das intervenções de enfermagem
NOC	–	Classificação dos resultados de enfermagem
MPP	–	Marcapasso provisório
PAE	–	Pressão do átrio esquerdo
PAM	–	Pressão arterial média
PO	–	Pós-operatório
POI	–	Pós-operatório imediato
PVC	–	Pressão venosa central
Q/N	–	Quando necessário
SAD-PPCE	–	Sistema de Apoio à Decisão no Planejamento e Prescrição de Cuidados de Enfermagem
SF 0,9%	–	Soro fisiológico 0,9%
SG 5%	–	Soro glicosado 5%
SNG	–	Sonda nasogástrica
SUS	–	Sistema Único de Saúde
SV	–	Sinais vitais
S/N	–	Se necessário
TOT	–	Tubo endotraqueal
UTI-UPO	–	Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória Cardiológica
UTI		Unidade de Tratamento Intensivo
1º PO	–	Primeiro dia de pós-operatório
2º PO	–	Segundo dia de pós-operatório
3º PO	–	Terceiro dia de pós-operatório

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	17
2 REFERENCIAL TEÓRICO	26
2.1 O Processo de Enfermagem como Instrumento do Processo de Trabalho da Enfermagem	26
2.2 O Processo de Enfermagem	28
2.3 Etapas do Processo de Enfermagem	33
2.3.1 <i>Histórico de Enfermagem</i>	34
2.3.2 <i>Diagnóstico de Enfermagem</i>	36
2.3.3 <i>Prescrição de Enfermagem</i>	37
2.3.4 <i>Evolução de Enfermagem</i>	39
2.4 Processo de Enfermagem ao paciente em Pós-operatório de Cirurgia Cardíaca	41
2.5 Modelo Conceitual de Enfermagem	44
3 CAMINHO METODOLÓGICO	49
3.1 Tipo de estudo	49
3.1.1 <i>Metodologia Convergente-Assistencial</i>	50
3.2 Local da pesquisa e suas principais características organizacionais e assistenciais	53
3.3 Sujeitos participantes do estudo	58
3.4 Procedimentos da coleta dos dados	58
3.4.1 <i>Formação do grupo de convergência</i>	59
3.4.2 <i>Histórico de Enfermagem</i>	61
3.4.3 <i>Diagnósticos de Enfermagem</i>	62
3.4.4 <i>Prescrições de Enfermagem</i>	62
3.4.5 <i>Modelos de Prescrição de Enfermagem</i>	63
3.4.6 <i>Evolução de Enfermagem</i>	63
3.5 Análise dos dados	63
3.6 Questões éticas envolvidas na pesquisa	64
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	65
4.1 Histórico de Enfermagem validado	65
4.2 Diagnósticos de Enfermagem estabelecidos	75
4.3 Prescrições de Enfermagem planejadas	86
4.4 Modelos de Prescrições de Enfermagem elaborados aos dias de pós-operatório de cirurgias cardíacas	89
4.5 Evolução de Enfermagem validada	93
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
REFERÊNCIAS	
APÊNDICES	
ANEXOS	

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A evolução da humanidade pode ser retratada por meio da criação, desenvolvimento e aperfeiçoamento de teorias, conceituações e métodos de organização para o enfrentamento da realidade e das necessidades que dela afluem, com o decorrer dos tempos. Os conceitos são mutáveis e sofrem modificações, conforme se alteram as relações humanas, suas experiências e necessidades.

Novas definições são concebidas, a partir do surgimento de novos problemas. Do mesmo modo, as disciplinas vêm sofrendo transformações e aperfeiçoamentos, a partir da emergência de novas problemáticas e novas ciências do conhecimento estão sendo criadas, em atendimento às novas necessidades e demandas da sociedade. Portanto, a enfermagem, assim como as demais disciplinas, está imersa neste contexto dinâmico e que carece de um constante aprimoramento e delineamento de espaços e de novas competências.

Nos primórdios da profissão, as atividades da enfermagem eram ligadas ao cristianismo. Neste período, surgiram as primeiras diaconisas, enfermeiras que realizavam visitas aos pobres e doentes no domicílio. Assim, a relação estabelecida pela igreja, em especial na Idade Média, para o trabalho da enfermagem era de penitência, sendo executado nos mosteiros e, posteriormente em hospitais, coordenado por religiosos e realizado em grande parte por mulheres leigas (LUNARDI, 2004).

A construção do conhecimento específico da enfermagem como profissão teve seu início com Florence Nightingale, responsável pela organização da primeira escola de enfermagem moderna, sendo reconhecida como fundadora da profissão, por suas ações e produções teóricas (PIRES, 1989; SILVA, 1989; GARCIA; NÓBREGA, 2001). Seu legado ainda encontra-se presente no exercício profissional dos dias atuais, marcado pela “disciplina, autoritarismo, organização por um lado; obediência, servilismo, docilidade, por outro” (WALDOW, 1999, p. 54).

Da elaboração das primeiras teorias de enfermagem e o seu enquadramento como profissão de nível superior, no Brasil, a partir de 1950 (GARCIA; NÓBREGA, 2001) até os dias atuais, é possível identificar, no contexto brasileiro e mundial, os esforços que vêm sendo empreendidos na construção de um corpo de saberes e fazeres específicos, que confira à enfermagem delimitação, autonomia e reconhecimento profissionais (CESTARI, 2003; CIANCIARULLO, 2001; ROSSI; CASAGRANDE, 2001; DAHER; ESPÍRITO SANTO;

ESCUDEIRO, 2002)¹. Portanto, na atualidade, é possível visualizar um caminho de transformações e evoluções, marcado pela busca por espaço, visibilidade e reconhecimento do trabalho da enfermagem, que vem exigindo e, ao mesmo tempo, possibilitando o seu constante aperfeiçoamento.

Apesar do inegável progresso teórico, conceitual e prático, desde a gênese profissional, mostra-se iminente a discussão da necessidade de uma maior delimitação da sua área de atuação, especificidades e competências, bem como a demonstração das ações de cuidado desenvolvidas, porém, pouco reconhecidas e valorizadas, por serem consideradas rotineiras. **Assim, esta condição decorre porque parece que não leva em conta que os cuidados de rotina são de suma relevância à assistência de enfermagem e à própria organização do trabalho em saúde e que, portanto, somente são rotineiros porque são cuidados essenciais à promoção, proteção, manutenção e recuperação da saúde e alívio da dor e do sofrimento das pessoas.**

Daher, Espírito Santo e Escudeiro (2002, p. 146) apresentam que “muitas foram e ainda são as dificuldades enfrentadas pela profissão no que tange à construção de um saber específico que confira cientificidade às ações e visibilidade social”. Mencionam a compreensão, ainda existente, de o conhecimento profissional estar embasado e ser aperfeiçoado essencialmente no fazer prático e da dissociação entre teoria e prática, dificultando a cientificidade profissional e comprometendo a visibilidade social da profissão, ao atribuir um caráter meramente empírico ao seu fazer. Cruz (2002, p. 6), ao apontar impasses na adoção do Processo de Enfermagem como saber e fazer da enfermagem atribui “à falta de coerência e congruência entre nosso discurso e a nossa prática” a dificuldade de definição das reais atividades profissionais.

Percebe-se, assim, que a enfermagem “tem necessidade de definir seu campo de abrangência” (CESTARI, 2003, p. 35), estabelecer e demonstrar seus fazeres e saberes próprios, pois os elementos do seu próprio processo de trabalho e seus objetos de trabalho, sua força e seus meios, bem como a sua organização encontram-se, ainda, pouco determinados ou subutilizados (LEOPARDI, 2004). É premente a necessidade de estruturação de estratégias de mudanças, de criar novas perspectivas de realização do seu trabalho com a

¹ Os termos delimitação e definição profissional, utilizados neste texto, remetem a um reconhecimento, demonstração e demarcação dos conhecimentos da profissão, de suas atribuições, a conquista de espaço, a comprovação de ser uma profissão dotada de conceitos e que desenvolve suas ações com base na cientificidade e adoção de métodos. Para Japiassú e Marcondes (1996, p. 64), “definir significa determinar a ‘compreensão’ que caracteriza um conceito”. Quando buscamos a definição da profissão, estamos concedendo valoração à enfermagem, a partir da explicitação e identificação de sua importância, da abrangência e amplitude de suas ações.

utilização, aquisição e aperfeiçoamento de conhecimentos e habilidades que permitam o seu desenvolvimento e a autonomia profissionais, dando-lhe maior visibilidade e, conseqüentemente, reconhecimento e valorização social.

A valoração e a autonomia profissional implicam demonstrar a importância das ações desenvolvidas, explicitar o embasamento teórico próprio da sua prática profissional, possibilitando o seu reconhecimento tanto interna quanto externamente, definindo o conhecimento e espaço de atuação específicos da profissão, que vem num crescente desde o incremento da produção do conhecimento científico em enfermagem, a partir de 1950 (CIANCIARULLO, 2001; GARCIA; NOBREGA, 2004).

A demonstração e o registro de um método científico específico de organização, planejamento e execução das atividades de enfermagem com a implementação do Processo de Enfermagem² na prática profissional representam estratégias à delimitação dos fazeres e saberes da enfermagem, à visibilidade e reconhecimento do trabalho realizado e à maior valorização profissional. **Considera-se, assim, que a adoção do Processo de Enfermagem no desenvolvimento das atividades assistenciais pode demonstrar, de forma sistematizada e organizada, a prática que já vem sendo realizada, mas ainda pouco percebida, uma vez que confere especificidade e evidência às ações, por seu caráter valorativo, organizativo e resolutivo da assistência, além de servir de comprovação escrita das ações desenvolvidas.**

Meu interesse pela temática da organização do trabalho da enfermagem vem desde a formação acadêmica, com questionamentos referentes ao perfil profissional adotado, à forma como está estruturada a enfermagem na sociedade e no mundo do trabalho e a crença, ainda existente, de ser uma profissão que possui conhecimento e autonomia pouco desenvolvidos. Durante as aulas práticas da graduação, inúmeras vezes, indaguei-me sobre a atuação que as enfermeiras desempenhavam em seus locais de trabalho.

Muitas vezes, com suas competências específicas pouco definidas, conhecidas e reconhecidas, sua importância para a organização e execução da assistência à saúde pouco percebida, a ausência de planejamento escrito e, conseqüentemente de implementação do Processo de Enfermagem, de competência legal e exclusiva da enfermeira, pareciam mascarar a importância de sua atuação profissional. Desde então, percebia a documentação escrita do

² Na literatura é possível identificar diferentes termos que genericamente são utilizados para se referir ao método de organização da assistência de enfermagem, entre os quais, Processo de Enfermagem, Sistematização da Assistência de Enfermagem, Sistema de Assistência de Enfermagem, Metodologia da Assistência de Enfermagem, por certo a distinção ou não destes termos gera divergências, ou pelo menos, questionamentos, neste texto são utilizadas como correspondentes.

planejamento, execução e avaliação das ações, traduzida no Processo de Enfermagem, como possível estratégia para uma maior valoração e comprovação da atuação da enfermeira, definição e determinação de seus saberes e fazeres.

Inicialmente, o anseio de esclarecimentos quanto à atuação das enfermeiras, em atenção à proposta da Disciplina de Exercício de Enfermagem, do 5º semestre da graduação em enfermagem, resultou na realização de uma pesquisa que possibilitou identificar prováveis motivos da não realização da prescrição de enfermagem nas unidades de internação do Hospital Universitário, onde realizei minha formação acadêmica, e apontar possíveis alternativas para o aprimoramento das ações de enfermagem e estratégias favoráveis à implantação, implementação e consolidação da prescrição de enfermagem (PIVOTO; LUNARDI; LUNARDI FILHO, 2004).

Ainda, durante a graduação, na atuação como Bolsista de Iniciação Científica e na elaboração de meu trabalho de conclusão do curso de graduação em enfermagem, busquei desenvolver alternativas que levassem ao aprimoramento das atividades exercidas pela enfermagem: a elaboração de Protocolos Assistenciais de Enfermagem³ direcionados às necessidades decorrentes da terapêutica medicamentosa de pacientes internados em uma Unidade de Clínica Médica; a inserção dos protocolos elaborados no banco de dados do Sistema de Apoio à Decisão no Planejamento e Prescrição de Cuidados de Enfermagem (SAD-PPCE)⁴ e; a sua utilização para gerar uma prescrição de enfermagem Informatizada experimental nesta unidade (PIVOTO, 2005).

Atualmente, em minha atuação profissional, como enfermeira em uma Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória Cardiológica (UTI-UPO), indago-me constantemente, por muitas vezes reproduzir o modo de trabalho desenvolvido pelas enfermeiras que acompanhei durante a minha formação e que, por vezes, critiquei. Percebo-me, também, não

³ Os Protocolos Assistenciais de Enfermagem funcionam como método de planejamento de cuidados adequados a problemas específicos. Representam a descrição das intervenções de enfermagem para a solução dos problemas de enfermagem identificados. Elaborados com embasamento científico e, adequados à realidade a que se aplicam. A seleção dessas intervenções, baseada na peculiaridade das necessidades do indivíduo a ser assistido, gera a Prescrição de Enfermagem. Auxilia a enfermeira na tomadas de decisão, com segurança, sobre o cuidado que deve ser prestado ao paciente, pois integra a evidência prática e a pesquisa. (LUNARDI FILHO, MAÇADA e LUNARDI, 1995; LUNARDI FILHO, 1997; LUNARDI FILHO, LUNARDI e PAULITSCH, 1997; AQUINO, 2004).

⁴ O SAD-PPCE é uma ferramenta computacional, de apoio à assistência de enfermagem, que oportuniza o rápido e fácil acesso aos Protocolos Assistenciais de Enfermagem, no planejamento e elaboração da Prescrição de Cuidados de Enfermagem. A linguagem empregada no sistema é o *Access 1.10*, em plataforma *Windows*, específica para banco de dados e que possibilita trabalhar com grande volume de dados, provenientes do contínuo arquivamento de protocolos, elaborados para atender a diferentes realidades, com base nas peculiaridades de cada paciente e de cada unidade (LUNARDI FILHO; MAÇADA; LUNARDI, 1995; LUNARDI FILHO, 1997; LUNARDI FILHO; LUNARDI; PAULITSCH, 1997).

elaborando todas as fases do Processo de Enfermagem, embora registre as ações de enfermagem e a situação do paciente no prontuário, realizando a evolução de enfermagem, o que não significa descrença na importância da adoção do Processo de Enfermagem na prática profissional. Pelo contrário, visualizo-o, ainda mais, como estratégia para a organização do trabalho e para um melhor atendimento das necessidades de saúde do paciente, assim como para um maior reconhecimento da importância do planejamento das ações de cuidado pela enfermeira.

Compreendo o sistema vigente de organização dos serviços e do trabalho da enfermagem como viciante e reprodutor de condutas mecanizadas e estereotipadas, em virtude do Processo de Enfermagem não ser implantado como rotina local, apesar de ser um fazer específico da enfermeira, exigido legalmente, este não é realizado. Assim, ao deixar de desempenhar atividades de sua real competência e para as quais geralmente apresenta o suficiente e necessário preparo, a enfermeira acaba atuando muito mais como uma facilitadora do trabalho dos demais profissionais, muitas vezes, não garantindo uma definição e determinação de seu próprio espaço e o exercício de sua autonomia (LUNARDI FILHO, 2004).

Portanto, esta forma de estruturação dos serviços de saúde parece submeter o trabalho da enfermagem às necessidades e determinações institucionais, acabando por subutilizar o saber acumulado da profissão. Assim, a ausência de planejamento escrito e sistematizado pela enfermeira das atividades assistenciais de enfermagem, suficientes e adequadas às necessidades individuais de cada paciente, acaba por atribuir ao trabalho da enfermagem um caráter de mero fazer automatizado e burocrático (LUNARDI FILHO, 2004).

No entanto, elaborar o Processo de Enfermagem individualmente, em meu ambiente de trabalho, sem o reconhecimento de sua importância e comprometimento dos demais integrantes da equipe, aumentaria significativamente a possibilidade de insucesso, podendo ainda servir como fonte de frustração individual e profissional e propulsora de maior descrença. Isso me faz acreditar na relevância da integração de esforços para a implantação e implementação processual e coletiva do Processo de Enfermagem na unidade hospitalar onde desenvolvo minhas atividades profissionais.

As dificuldades de implementação do Processo de Enfermagem são numerosas e necessitam ser encaradas como degraus para sua efetivação, através da adaptação e maleabilidade às diferentes realidades, pois a concepção, aceitação e adoção do Processo de Enfermagem diferem no fazer e no pensar profissional. A significação de instrumento metodológico para o planejamento, desenvolvimento e avaliação da prática assistencial,

alicerçado em conhecimento científico específico da profissão, propulsor de uma maior valorização profissional, ainda, encontra dificuldades em transpor a teoria e ser reconhecido e executado na prática (GARCIA; NÓBREGA, 2002; GARCIA; NÓBREGA; CARVALHO, 2004).

Daher, Espírito Santo e Escudeiro (2002) em estudo que buscou reconhecer a concepção de enfermeiras assistenciais concernente ao cuidar e ao pesquisar em enfermagem, identificaram a não percepção da pesquisa como integrante do cotidiano de trabalho, apontando para uma divisão entre profissionais assistenciais e teóricas. Assim como estas autoras, acredito na interdependência e complementaridade da prática e da pesquisa na profissão, pois “a prática de cuidar em enfermagem deve ser retroalimentada pela prática de pesquisar, como forma de dar cientificidade e visibilidade a essa prática” (DAHER; SANTO; ESCUDEIRO, 2002, p. 150), e a prática de pesquisar em enfermagem deve ser retroalimentada pela prática de cuidar, como forma de levantar temas de pesquisa, validar e dar visibilidade e utilidade aos seus resultados.

Por perceber o Processo de Enfermagem como saber e fazer específico da enfermagem, estratégico na delimitação e valorização profissional, e supor que o trabalho da enfermagem já desenvolvido não prescinde de uma organização e planejamento prévios, porém, não registrados nem sistematizados, acabam por serem os cuidados, muitas vezes, considerados rotineiros e automáticos. Na pretensão de aliar a produção de conhecimentos à minha prática profissional, entendendo que a implantação e implementação do Processo de Enfermagem nas unidades necessitam ser graduais e conjuntas, com o apoio e interesse da equipe de enfermagem como um todo e que as ações de enfermagem consideradas rotineiras necessitam ser reconhecidas e registradas. Passei a refletir na possibilidade do Processo de Enfermagem, como registro escrito do planejamento da assistência e das ações desenvolvidas, representar meio de comprovar raciocínio e conhecimento científicos, justificando, demonstrando e avaliando as ações realizadas junto ao paciente, possibilitando executar o cuidado de forma integral, com melhor qualidade e de reconhecida importância.

Ao ingressar no Curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), direcionando-me à linha de pesquisa da Organização do Trabalho da Enfermagem/Saúde, propus-me a somar esforços no processo de implementação do Processo de Enfermagem, visando o planejamento, execução, avaliação e registro do trabalho profissional e seu reconhecimento como teoria e prática de suma importância e propulsor de uma maior evidência e reconhecimento da profissão.

Pressupondo que implementar o Processo de Enfermagem seja um modo de sistematizar a prática assistencial, que confere maior visibilidade às ações de enfermagem e valorização à profissão e reflete na qualidade da assistência prestada, emergiu a seguinte questão de pesquisa: **uma proposta de Processo de Enfermagem junto aos pacientes no pós-operatório de cirurgias cardíacas na Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória Cardiológica, contemplando o planejamento e os cuidados de enfermagem por escrito, embora já realizados rotineiramente, representa estratégia para uma maior visibilidade das ações de enfermagem?**

Assim, tendo o intuito de contribuir na construção de um conjunto de saberes e fazeres profissionais, a partir do contexto da unidade hospitalar estudada, busquei elaborar um modelo de Processo de Enfermagem consoante às suas características e peculiaridades próprias. Minha opção por esta forma de contribuir nesta construção está alicerçada na comprovação científica da viabilidade de implementação do Processo de Enfermagem e da prescrição de enfermagem informatizada, conforme relatado em trabalhos escritos de experiências exitosas (CIANCIARULLO et. al., 2001; CROSSETTI, 2002; ÉVORA, 2002), considerando ainda, as dificuldades e estratégias apontadas na literatura à implementação do Processo de Enfermagem.

As propostas de implementação do Processo de Enfermagem na prática profissional, têm esbarrado em dificuldades internas à profissão como: diminuída valorização atribuída à própria atividade, deixando de ser prioridade nas ações de trabalho da enfermeira, assim como a falta de motivação; insuficiente fundamentação científica; envolvimento com questões burocráticas e organizacionais; automatização do cuidado, centrado em tarefas; racionalidade teórica manifesta nas conceituações atribuídas ao Processo de Enfermagem (ROSSI; CASAGRANDE, 2001; GARCIA; NÓBREGA, 2002; 2004; PIVOTO; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2004), bem como externas à profissão, referentes à organização dos serviços de saúde, com número de funcionários insuficiente, resultando em tempo reduzido; o não estabelecimento do Processo de Enfermagem como rotina institucional; as relações internas de poder; a pouca autonomia conferida à enfermeira nas instituições, dentre outros (PIVOTO; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2004; FIGUEIREDO et al., 2006).

As estratégias apontadas como facilitadoras incluem, a identificação do Processo de Enfermagem como metodologia profissional específica; a atualização teórica das enfermeiras para a sua elaboração; a realização de encontros para determinação de metas; a abertura e flexibilização das organizações dos serviços de saúde, conferindo maior liberdade de

expressão e criatividade à enfermagem; a instituição do Processo de Enfermagem como rotina institucional obrigatória; a participação da chefia de enfermagem; a elaboração de instrumentos e protocolos de cuidados, entre outros, com vistas à sua informatização (ROSSI; CASAGRANDE, 2001; PIVOTO; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2004).

Desse modo, a opção por elaborar uma proposta de Processo de Enfermagem para os pacientes em pós-operatório (PO) de cirurgias cardíacas assistidos na Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória Cardiológica emergiu da prática profissional, a partir da percepção de que a assistência de enfermagem, embora repleta de cuidados detalhadamente planejados e executados aos pacientes, acaba por não ser registrada de forma escrita, comprometendo o reconhecimento da sua importância para o alcance dos resultados esperados. Em outras palavras, isso significa dizer que muitas das ações de cuidado de enfermagem que poderão compor a prescrição de enfermagem já são realizadas, porém, com um caráter rotineiro, passando despercebidas, como se acontecessem automaticamente, não destacando a importância desta assistência à recuperação e manutenção da saúde do paciente e o conhecimento científico atrelado a tal organização do trabalho.

Cabe ressaltar que, para organizar o trabalho da enfermagem, através do planejamento escrito, é fundamental o envolvimento dos profissionais de enfermagem, especialmente as enfermeiras, em sua elaboração, implementação e aprimoramento, para que se originem mudanças de comportamento que promovam modificações no modo de fazer e pensar a profissão. Como destaca Cianciarullo (2001, p. 17), “nas profissões chamadas práticas, o conhecimento é, está ou deve ficar obrigatoriamente ligado à prática, ao real, ao cenário onde se processam as relações profissionais”.

Portanto, a organicidade dos esforços, na definição dos saberes e fazeres da profissão, apenas será alcançada, quando a busca for conjunta entre pesquisa e prática. Assim, há necessidade de sua delimitação teórica produzida, aplicada e reconhecida na prática profissional, de modo que não haja a dissociação teoria e prática como entrave ao desenvolvimento, reconhecimento e valorização do conhecimento produzido e aplicado pela enfermagem.

Desse modo, a construção de uma proposta de Processo de Enfermagem na UTI-UPO, prévia à sua implementação, necessita ser uma construção conjunta, requer o comprometimento dos profissionais envolvidos, para uma maior aceitação e adequação à realidade local. Para tal, fez-se uso da metodologia convergente-assistencial, caracterizada por unir prática e pesquisa e demandar integração e participação dos envolvidos, no processo de construção de conhecimentos, que orientem a prática profissional (TRENTINI; PAIM, 1999).

No local de estudo, o serviço de enfermagem já direciona esforços à organização e planejamento escrito da assistência, possui manual de normas, rotinas e técnicas de enfermagem e regimento do serviço de enfermagem. A importância dos registros de enfermagem já é reconhecida, tanto que o histórico de admissão do paciente é registrado em formulário específico e a evolução de enfermagem é elaborada diariamente no prontuário do paciente.

Implementar o Processo de Enfermagem denota a diferença que nossa estruturação, determinação, supervisão e atuação nos cuidados ao paciente representam na assistência prestada por toda a equipe de saúde. Quando isso for possível, o enfermeiro não será apenas o facilitador da ação de outros profissionais, mas um dos norteadores das condutas a serem tomadas em prol dos pacientes.

O Processo de Enfermagem constitui um método que pode comprovar raciocínio científico, justificando as ações realizadas junto ao paciente, possibilitando executar o cuidado de forma integral e com melhor qualidade. Utilizar o conhecimento produzido na aplicação do Processo de Enfermagem atribui significado à prática profissional, imprimindo ao cuidado um caráter científico, com resolubilidade.

Partindo dessas considerações e na busca de resposta à questão de pesquisa, com a realização desse trabalho, teve-se como **objetivo:** *elaborar, em conjunto com as enfermeiras da Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória Cardiológica, uma proposta de Processo de Enfermagem aos pacientes no pós-operatório de cirurgias cardíacas.*

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O presente capítulo será apresentado em cinco partes. Inicia-se com uma abordagem conceitual do processo de trabalho, com ênfase para o processo de trabalho da enfermagem e o processo de enfermagem como instrumento de trabalho da profissão; seguido de uma breve referência histórica do Processo de Enfermagem, sua conceituação e importância para a organização do trabalho da enfermagem e visibilidade da profissão; e da apresentação de sua estrutura organizacional, referenciando as quatro etapas do processo consideradas neste estudo, a saber: histórico, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem; a abordagem do Processo de Enfermagem ao paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca; finalizado com a exposição do modelo conceitual adotado para o desenvolvimento da proposta.

2.1 O Processo de Enfermagem como Instrumento do Processo de Trabalho da Enfermagem

Todo processo de trabalho é um método de transformação destinado a um determinado objetivo fim, durante o qual o trabalho se transmuta de ação em produto. Este processo tem como elementos componentes, a força de trabalho, o objeto de trabalho e o meio ou instrumental de trabalho (MARX, 1985).

A força de trabalho materializa-se no próprio trabalho, processo do qual participam e são objetos o homem e a natureza e destina-se à satisfação de necessidades, a partir de seu produto resultante. A ação do homem ultrapassa a transformação material, pois o processo de trabalho é planejado previamente pelo indivíduo e, por ser um processo consciente, o trabalho é exclusividade humana (MARX, 1985). Na esfera do serviço em saúde, o trabalho profissional é empregado para transformar em favorável o estado de saúde dos indivíduos, logo, atende as suas necessidades.

Atender as necessidades de saúde do ser humano pode ser considerada a finalidade do trabalho dos diferentes profissionais na atenção à saúde. O que difere são os meios de trabalho e os resultados produzidos neste ser humano, objeto de trabalho dos profissionais de saúde, a partir do fim a que se destina o processo de trabalho profissional, os instrumentos adotados e a abrangência de suas atribuições, havendo uma relação de complementaridade dos processos de trabalho das diferentes profissões no interior do trabalho em saúde (LIMA et al., 2005).

Na especificidade da enfermagem hospitalar, o processo de trabalho está direcionado à assistência de enfermagem aos indivíduos, nas interfaces da projeção, prestação, coordenação e avaliação de cuidados aos pacientes, educação em saúde para o cuidado e o autocuidado e no provimento das condições para que a assistência em saúde aconteça. O que comprova a diferenciação de um processo de trabalho do outro pela forma como este trabalho é planejado e os meios utilizados para a sua realização. Assim, o que distingue os diferentes níveis de aprimoramento do trabalho não é a atividade realizada, mas os meios utilizados, os artifícios adotados para dirigir a atividade sobre o objeto (MARX, 1985). O trabalho, ao atingir um nível mais elevado de desenvolvimento, exige meios já elaborados. Logo, os instrumentos de trabalho servem para mensurar a evolução da força humana de trabalho, além de indicarem as condições sociais em que se realiza.

Em revisão bibliográfica que buscou identificar como a produção teórica em enfermagem tem abordado a categoria Processo de Trabalho, o Processo de Enfermagem, em nenhum momento, foi abordado como instrumento de trabalho da profissão (FRACOLLI; GRANJA, 2005). Ao deixar de considerar e adotar este instrumento de trabalho específico, a enfermagem acaba, muitas vezes, por atuar como instrumento do processo de trabalho de outras profissões, não definindo, nem demonstrando seu campo de atuação e especificidades. A elaboração do Processo de Enfermagem no desenvolvimento das atividades profissionais da enfermeira demonstra o avanço profissional, pelo aprimoramento de seus instrumentos de trabalho, o que pode conferir maior visibilidade às ações e realçar a cientificidade e autonomia profissional.

O Processo de Enfermagem, no desenvolvimento do processo de trabalho da enfermagem, constitui um dos instrumentos de trabalho da enfermeira, possibilita o planejamento, gerenciamento e avaliação, individuais, críticos, reflexivos e embasados cientificamente, das ações de cuidado a serem desenvolvidas por si e pela equipe de enfermagem. Na elaboração do Processo de Enfermagem (instrumento de trabalho), a enfermeira (força de trabalho) estabelece um plano de ação e acompanhamento dos resultados, com base nos problemas de saúde do paciente (objeto de trabalho), objetivando prevenir problemas de saúde, intervir para restabelecer a saúde, acompanhar a evolução e avaliar as ações desenvolvidas (finalidade do trabalho). Destaca-se que a habilidade no manuseio dos instrumentos de trabalho interfere diretamente no resultado do processo.

O Processo de Enfermagem aproxima a enfermeira de seu objeto, já que, para o seu desenvolvimento, a aproximação com o paciente é inevitável, tanto na coleta de dados como no estabelecimento dos Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem, quanto para a execução,

supervisão e avaliação do plano de ações. Ao objetivar um cuidado diferenciado e de qualidade, a enfermeira necessita lançar mão deste instrumento de trabalho, desenvolvido e aperfeiçoado para tal, sinalizando, assim, o desenvolvimento de suas atividades de forma organizada, sistematizada e com utilização de um método científico para atingir os seus propósitos.

2.2 O Processo de Enfermagem

Embora Lydia Hall, em 1950, já houvesse referido-se à enfermagem como um processo, a expressão Processo de Enfermagem foi empregada para designar o processo de trabalho da enfermagem, primeiramente, por Ida Jean Orlando, em 1961, que o definiu, considerando a interação entre o comportamento adotado pelo paciente, a reação da enfermeira e sua ação frente à situação. Suas diferentes fases foram descritas, em 1967, por Yura e Walsh, compreendendo: histórico, planejamento, implementação e avaliação (HORTA, 1979; ROSSI; CASAGRANDE, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CARVALHO, 2004).

Numa perspectiva histórica, os estudos de caso e os planos de cuidados de enfermagem podem ser considerados os precursores do Processo de Enfermagem e da pesquisa relacionada à prática assistencial de enfermagem (GARCIA; NÓBREGA, 2002). Os estudos de caso, numa tentativa de compreender, estruturar e direcionar o cuidado de enfermagem e, posteriormente, os planos de cuidados de enfermagem, no intuito de individualizar o cuidado e demonstrar a adoção de conhecimento científico nas ações de enfermagem. Embora, ainda, interligados a diagnósticos e ações médicas, representaram o marco inicial na busca por organização do trabalho da enfermagem, com o planejamento da assistência de enfermagem e estabelecimento de atribuições da enfermagem (ROSSI; CASAGRANDE, 2001).

Na literatura brasileira, a abordagem do Processo de Enfermagem foi introduzida, na década de 1970, por Wanda Horta, que o definiu como a “dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao ser humano”, que o estruturou em seis fases inter-relacionadas e de igual importância: histórico, diagnóstico, plano assistencial, prescrição, evolução e prognóstico de enfermagem (HORTA, 1979, p. 35). O processo proposto visava à solução de problemas identificados no paciente. No entanto, a não padronização para o estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem, a partir dos problemas de enfermagem

identificados, dificultava o registro. Logo, dificultava também a implementação do processo (ALMEIDA, 2004; CRUZ, 1990).

A compreensão e aplicação prática do Processo de Enfermagem modificaram-se com o passar dos anos, sua definição e implementação evoluíram “para o reconhecimento de que, além daquele julgamento estritamente vinculado à doença e suas complicações, nós fazemos outros tipos de julgamentos e agimos com base nestes julgamentos, acrescentando, com isso, qualidade ao cuidado de enfermagem” (GARCIA; NÓBREGA; CARVALHO, 2004, p. 5). A abordagem do Processo de Enfermagem avançou da preocupação com a identificação e resolução dos problemas de enfermagem para o desenvolvimento de taxonomias para os elementos da prática profissional com a classificação e padronização dos Diagnósticos e a especificação das Intervenções e dos Resultados de Enfermagem (GARCIA; NÓBREGA; CARVALHO, 2004; CARVALHO; GARCIA, 2002).

A conceituação e as etapas constituintes do Processo de Enfermagem têm sido apresentadas por diferentes autores, sendo possível identificar na literatura diferentes abordagens e formulações. Rossi e Casagrande (2001) fazem menção ao Processo de Enfermagem como uma sucessão de fases direcionadas à solução de problemas e que focalizam o cuidado individualizado⁵. Salientam a característica de ser direcionado por teorias, embasado em conhecimento prático e científico, representando mecanismo de aplicação dos conhecimentos na prática profissional e atribuem à prática sistematizada a necessária cientificidade e a conquista do status profissional.

Garcia e Nóbrega (2002; 2004) referem-se ao Processo de Enfermagem como instrumento metodológico específico do trabalho da enfermagem, que proporciona a percepção, interpretação e antecipação das respostas individuais às alterações de saúde e à intervenção de enfermagem adequada, visando à resolução de problemas. Destacam que, embora considerado um método científico, esta forma de organizar o trabalho não é totalmente objetiva, pois o pensar e o fazer da prática profissional articulam-se ao sentir tanto do exercente da enfermagem quanto do paciente. Também, não se apresenta como normativa do cuidado, visto que a implementação do processo de enfermagem nem sempre obedece à mesma ordem de execução das etapas.

Como instrumento metodológico que sistematiza a prática profissional, possibilitando uma intervenção adequada, planejada e fundamentada dos problemas identificados e a avaliação dos resultados, o Processo de Enfermagem caracteriza-se como uma prática

⁵ “A individualização do cuidado implica a adoção, pelo enfermeiro, de um conjunto de crenças e valores que enfatizam o ser humano e o consideram como cidadão” (ROSSI; CASAGRANDE, 2001, p. 50).

reflexiva, uma vez que, frente aos problemas de enfermagem evidenciados, a enfermeira busca perceber as significações de tais manifestações, realizando julgamentos e executando e planejando ações, que são reavaliados de forma crítica e reflexiva, podendo ser reestruturados. Desse modo, a prática profissional reflexiva “habilita o profissional a remodelar seus raciocínios, seus julgamentos e suas ações enquanto estão sendo realizados” (GARCIA; NÓBREGA; CARVALHO, 2004, p. 6).

Alfaro-Lefevre (2005) aborda o Processo de Enfermagem como um meio sistemático e dinâmico de realizar cuidados de enfermagem individualizados e humanizados, que enfoca os resultados obtidos e impulsiona o constante aperfeiçoamento teórico para o desenvolvimento de planos cada vez mais adequados e resolutivos. Considera que, somente dominando os princípios edificadores do Processo de Enfermagem, a enfermeira estará apta a desenvolver suas atividades de modo crítico e reflexivo, visando a alcançar os resultados desejados.

Portanto, o Processo de Enfermagem, saber e fazer específico da enfermagem, produzido em anos de desenvolvimento do conhecimento e ainda em processo de construção, pode ser entendido como uma metodologia científica de cunho assistencial, direcionada à implementação do conhecimento científico no cuidado profissional. Em outras palavras, um saber teórico direcionado à prática, refletindo um fazer específico da enfermagem, cuja aplicabilidade explícita a base científica, serve de comprovação da cientificidade do trabalho profissional e promove o aprimoramento teórico.

A importância de sua adoção pode ser retratada nas palavras de Horta (1979, p. VII), ao afirmar que “a autonomia profissional só será adquirida no momento em que toda a classe passar a utilizar a metodologia científica em suas ações, o que só será alcançado pela aplicação sistemática do processo de enfermagem”. Demonstrar embasamento teórico, reflexão crítica e a adoção de metodologia de planejamento da assistência promovem a autonomia profissional nas ações de cuidado, propiciando sua valoração e identificação como profissão gerenciadora da assistência ao paciente.

Embora em menor escala, ainda é possível identificar a percepção da enfermagem como uma profissão que possui conhecimento e autonomia pouco desenvolvidos, isto porque suas competências específicas parecem ser pouco conhecidas e sua importância para a organização e execução do cuidado pouco reconhecida. Assim, a interface intelectual que permeia o trabalho da enfermagem nem sempre é percebida, sendo, por vezes, considerado como a execução mecânica de tarefas rotineiras, o que parece ser agravado pela ausência de registro sistemático das ações de cuidado e seus determinantes (GARCIA; NÓBREGA, 2002).

A ausência de planejamento escrito e do registro da maior parte das ações desenvolvidas acaba protelando a emergência de sua real importância na organização e realização da assistência à saúde. Horta (1979, p. 27) já alertava para a dicotomia de rumos com os quais a enfermagem se defronta, desafiando-a a “desenvolver-se como ciência própria ou tornar-se a profissão de assistente-médico”.

Ao não elaborar o planejamento escrito da assistência de enfermagem, a enfermeira deixa de definir seu campo de atuação profissional, não configurando seu papel de responsável pela organização, planejamento, execução, avaliação e supervisão dos cuidados de enfermagem suficientes e adequados às necessidades dos pacientes. Acaba por deixar florescer uma percepção de que o fazer da enfermagem é fundamentado essencialmente na priorização do cumprimento da prescrição médica e na execução de procedimentos rotineiros (LUNARDI FILHO, 2004).

Desse modo, ao serem priorizados, esses procedimentos decorrentes das prescrições médicas parecem configurar-se como a essência da assistência, deslocando para a marginalidade as demais práticas cotidianas de cuidado, ao que parece, fundamentalmente, caracterizadas como algo rotineiro. Por sua vez, o próprio controle das ações de cuidado parece que se resume à checagem dos itens que compõem as prescrições médicas em seu conjunto, de forma explícita e em atenção às exigências normativas institucionais. Os demais cuidados, como numa operação casada, parece que, automaticamente, vêm embutidos nos itens de tais prescrições, prescindindo de explicitação, aparentemente, sem terem necessidade de planejamento prévio e mostrando-se fugidios a qualquer forma de controle mais efetiva, porque desprovidos de qualquer mecanismo mais específico de registro (LUNARDI FILHO, 2004, p. 136).

Uma organização do trabalho sistematizada e documentada pode demonstrar os saberes produzidos pela categoria e a competência em dirigir e planejar com autonomia o seu fazer. Portanto, mostra-se premente voltar à atenção para a importância da valorização da comunicação escrita. Em outras palavras, o planejamento da assistência de enfermagem, sua execução, resultados, avaliação, bem como as ocorrências com o paciente, recomendações e o acompanhamento da equipe de enfermagem necessitam ser registrados. Como mencionam Rossi e Casagrande (2001, p. 50), “a documentação representa, ao mesmo tempo, processo e resultado de uma prática efetivamente realizada”.

Como método sistematizado e fundamentado cientificamente, o Processo de Enfermagem, auxilia a enfermeira na estruturação da assistência de enfermagem e nas tomadas de decisão. Conduz a um fazer reflexivo e condizente com a realidade, evitando a transgressão de valores e convicções e permitindo o estabelecimento de relacionamentos interpessoais mais efetivos entre profissional e paciente. Possibilita a identificação

individualizada e precoce das necessidades de saúde dos pacientes e/ou grupos, o planejamento de ações a serem desenvolvidas em resposta aos problemas levantados, o acompanhamento da evolução do quadro de saúde, a avaliação das ações desenvolvidas, assim como o registro do trabalho da enfermagem, em toda sua amplitude e profundidade, tendo como produto cuidados mais apropriados para a obtenção dos resultados esperados.

Salienta-se ainda, que pela característica de guia do cuidado de enfermagem, é indispensável a constante atualização do Processo de Enfermagem, considerando as intervenções já implementadas, problemas solucionados e resultados avaliados, os cuidados podem ser reestruturados e/ou eliminados e novos cuidados acrescentados. Assim, por conter dados atuais do paciente, pode ser utilizado como instrumento de comunicação entre a enfermagem e outros membros da equipe de saúde (LUNARDI FILHO, 1997). Além disso, não pode prescindir da participação do paciente ou grupo a que se destina, o que, além de creditar o planejamento, potencializa ações de cuidado e auto-cuidado.

Garcia e Nóbrega (2002, p. 242) comentam que existe uma única forma de não aplicar o Processo de Enfermagem:

evitar o encontro com a clientela que necessita do cuidado de enfermagem, esteja essa clientela representada por uma pessoa, uma família ou uma comunidade. Ocorrido o encontro, inevitavelmente inicia-se o processo; permitir que ele se desenvolva é permitir-se estar cuidando, razão para a qual acreditamos termos sido formadas.

A implementação do Processo de Enfermagem como sistemática documentada da projeção e aplicação dos cuidados de enfermagem é estratégia para a maior visibilidade das atividades desenvolvidas, a comprovação de uma atuação dotada de raciocínio e conhecimento científico, a definição, determinação e valoração dos saberes da profissão. Qualifica a assistência de enfermagem, pois enfoca a integralidade do indivíduo, com o desenvolvimento de um plano individualizado, sistemático, dinâmico, interativo e baseado em teorias de cuidado, propiciando o acompanhamento e a avaliação constante do trabalho, negando a concepção de fazer meramente rotineiro e mecânico. É um dos meios que a enfermeira e a equipe de enfermagem dispõem para aplicar, demonstrar e aprimorar seus conhecimentos teóricos, técnicos e humanos no cuidado ao paciente, caracterizando seu fazer e aperfeiçoando seu saber. Representa, ainda,

mudança de paradigma: de uma profissão voltada para aspectos biomédicos, preocupada com o processo patológico e essencialmente dependente, para uma profissão que busca sua função independente, ao focalizar as respostas fisiológicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais do indivíduo, família e comunidade, que dêem respaldo ao cuidado de enfermagem (ALMEIDA, 2004, p. 280).

Assim, utilizar metodologia científica na prática assistencial da enfermagem, com a aplicação sistemática do Processo de Enfermagem, constitui meio de demonstrar autonomia em seu fazer e delimitar atribuições da profissão, além de propiciar cuidados de qualidade, planejados com especificidade e em constante atualização e avaliação. Enfatiza, no processo de trabalho em saúde, a cientificidade, pertinência e relevância do trabalho da enfermagem, negando os limites impostos à profissão pelo modelo biomédico, de ser um trabalho meramente complementar no tratamento de doenças.

Além de promover um exercício profissional ético e legalmente comprometido, ao atender o disposto na Lei do Exercício Profissional (BRASIL, 1986) e na Resolução 272/2002 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) (COFEN, 272/2002), que incumbe privativamente ao enfermeiro implantar, planejar, organizar, executar e avaliar o Processo de Enfermagem, que deve ser implementado em toda instituição de atendimento à saúde e ser registrado no prontuário do paciente.

Portanto, a adoção do Processo de Enfermagem na prática profissional, sustentando a organização, construção e execução da assistência de enfermagem, possibilitará sedimentar, no íntimo das atividades práticas de saúde, a percepção da enfermeira como gerenciadora do cuidado, distanciando a profissão das atividades classificadas como ocupação e complementares. Compreende passo inicial no delineamento e valoração das atividades da enfermagem e demonstração da especificidade de sua prática.

2.3 Etapas do Processo de Enfermagem

A estrutura do Processo de Enfermagem é representada por uma seqüência de etapas, necessárias ao alcance dos resultados esperados. Embora didaticamente divididas, relacionam-se entre si e interagem dinamicamente. As denominações e número das diferentes fases modificam-se, conforme o referencial utilizado, geralmente com denominações similares.

Concernente aos componentes do Processo de Enfermagem, a definição de suas etapas difere, desde quatro fases, como as descritas por Yura e Walsh, em 1967, no primeiro livro escrito a respeito (HORTA, 1979; ROSSI; CASAGRANDE, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CARVALHO, 2004), a cinco (ROSSI; CASAGRANDE, 2001; COFEN 272/2002; ALFARO-LEFREVE, 2005) e seis etapas (HORTA, 1979).

Garcia e Nóbrega (2002) comentam que as diferentes exposições organizacionais resultam principalmente da concepção da fase diagnóstica estar ou não incluída na etapa de

coleta de dados. Ressaltam que a divisão do processo em etapas é puramente didática, visto que, na implementação, o planejamento, execução e avaliação das fases ocorre simultaneamente e entrelaçadamente.

Rossi e Casagrande (2001) consideram como passos do Processo de Enfermagem: a coleta de dados, o diagnóstico de enfermagem, o planejamento, a implementação e a avaliação. Assim como Alfaro-Lefreve (2005), que apresenta um modelo de Processo de Enfermagem também constituído de cinco fases: investigação, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação.

O COFEN na resolução 272/2002 estabelece que o Processo de Enfermagem compreende as etapas de: histórico de enfermagem, exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição de enfermagem e evolução de enfermagem (COFEN 272/2002). Neste estudo, a proposta de Processo de Enfermagem desenvolvida está edificada conceitualmente em idéias da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta (1979) e foi estruturada considerando quatro fases, a saber: o histórico, o diagnóstico, a prescrição e a evolução de enfermagem.

Ponderando que as etapas do histórico e da evolução de enfermagem já estão implantadas e consolidadas na unidade, estas foram adotadas e as fases do diagnóstico e da prescrição de enfermagem desenvolvidas. O histórico de enfermagem é elaborado na admissão do paciente pós-operatório na unidade a qual possui formulário específico. A evolução é elaborada diariamente no prontuário de todos os pacientes, na transferência ou alta da unidade e em caso de óbito.

2.3.1 *Histórico de Enfermagem*

O histórico de enfermagem constitui-se na etapa inicial do Processo de Enfermagem, subsidiando o desenvolvimento do processo como um todo, é estruturado em duas etapas, a entrevista e o exame físico. Na literatura, é possível encontrar diferentes denominações, conceitualmente semelhantes a esta fase, entre elas, anamnese de enfermagem, coleta de dados, investigação de enfermagem.

Consiste no “roteiro sistematizado para o levantamento de dados do ser humano que tornam possível a identificação de seus problemas” os quais, se “convenientemente analisados e avaliados, levam ao segundo passo”, ou seja, o diagnóstico de enfermagem (HORTA, 1979,

p. 35). Etapa subsequente, estabelecida a partir do agrupamento dos dados, com base em um modelo conceitual de enfermagem (ALFARO-LEFEVRE, 2005).

A coleta de dados é um processo contínuo, inicia-se no primeiro contato com o paciente, subsidiando o estabelecimento dos diagnósticos e da prescrição de enfermagem, sendo atualizado a cada avaliação e encerrado apenas quando o paciente deixa de estar sob os cuidados da enfermagem. A relevância da efetividade das informações obtidas está expressa em seu caráter de base ao estabelecimento das demais etapas e de parâmetro à avaliação da assistência (ALFARO-LEFEVRE, 2005).

O histórico de enfermagem visa à obtenção de informações que possibilitem a identificação das necessidades afetadas do paciente, considerando a integralidade do indivíduo e o estabelecimento de intervenções direcionadas. Configura-se na base para o desenvolvimento do Processo de Enfermagem, por fornecer as informações ao planejamento, implementação e avaliação da assistência (GUTIERREZ et al., 2001).

A elaboração do histórico de enfermagem é atividade exclusiva da enfermeira, tendo como características ser conciso, individual e constituído de informações passíveis de intervenções (HORTA, 1979). Possibilita e é influenciado pela interação estabelecida entre a enfermeira e o paciente, que repercute na forma como o paciente apresenta os dados e estes são percebidos pela enfermeira, destacando que uma efetiva interação é fruto do respeito aos valores, crenças, experiencições e singularidades de cada indivíduo (GUTIERREZ et al., 2001; ALFARO-LEFEVRE, 2005).

Uma estratégia utilizada para facilitar a operacionalização do histórico de enfermagem e, conseqüentemente do Processo de Enfermagem, é a elaboração de instrumentos de coleta de dados, fundamentados em modelos teóricos e adequados à realidade a que se aplicam, atendendo a forma de organização do trabalho na unidade e as especificidades da clientela assistida. São relatadas na literatura experiências de elaboração e validação de instrumentos de coleta de dados direcionados a diferentes realidades como a pacientes críticos assistidos em unidades intensivistas (BITTAR; PEREIRA; LEMOS, 2006; LIMA et al, 2006), no período perioperatório de cirurgia cardíaca (GALDEANO; ROSSI, 2002). Destaca-se que os estudos supra citados, a exemplo de outros, fundamentaram sua produção no modelo de Horta (1979).

Os instrumentos de coletas de dados, caracterizados como roteiros sistematizados para a identificação das necessidades de cuidados do paciente, facilitam e guiam o levantamento de informações que fundamentam a etapa subsequente, ou seja, o estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem, além de possibilitarem uma documentação das necessidades

afetadas de forma objetiva, sistematizada e embasada cientificamente (SOARES; PINELLI; ABRÃO, 2005; LIMA et al, 2006).

2.3.2 Diagnóstico de Enfermagem

O termo diagnóstico de enfermagem, referenciado na literatura desde a década de 50, passou a ser considerado fase do Processo de Enfermagem, somente a partir da década de 70 (ROSSI; CASAGRANDE, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CARVALHO, 2004). Horta (1979, p. 35) conceituou diagnóstico de enfermagem como “a identificação das necessidades do ser humano que precisam de atendimento e a determinação pela enfermeira do grau de dependência deste atendimento em natureza e em extensão”.

Desde a década de 1970, iniciou-se um processo de classificação da nomenclatura diagnóstica de enfermagem, visando operacionalizar e incentivar o desenvolvimento desta fase do Processo de Enfermagem, além de contribuir para a expressão de uma prática profissional uniformizada, edificada em conhecimentos científicos sólidos e reconhecidos, contribuindo para a legitimização e oficialização da prática. A falta de padronização da linguagem dificultava o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem, diminuindo significativamente sua utilização, obstáculo que, com o desenvolvimento de classificações, como a da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), vem sendo, de certa forma, superado. A padronização dos “termos diagnósticos significa buscar um acordo no interior da enfermagem sobre que nomes ou títulos atribuiremos àquelas situações que são os focos da prática clínica da disciplina” (CRUZ, 2001, p. 68).

A NANDA conceitua diagnóstico de enfermagem como um “julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais”, acrescentando que ele embasa a seleção das intervenções de enfermagem pertinentes para o alcance dos resultados esperados (NANDA, 2008, p. 377).

O estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem representa etapa fundamental no desenvolvimento do Processo de Enfermagem, pois expressam as necessidades de cuidados identificadas no histórico de enfermagem e fornecem embasamento para o estabelecimento das intervenções, incidindo diretamente nos resultados alcançados (CRUZ, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CARVALHO, 2004). Desse modo,

diagnosticar **respostas humanas** é um processo complexo que requer conhecimento teórico, experiência prática e habilidade intelectual, técnica e de interação interpessoal, aplicados à observação, avaliação e interpretação

do comportamento da clientela relacionado à saúde e, portanto, à vida (GARCIA; NÓBREGA; CARVALHO, 2004, p. 5).

O raciocínio e julgamento clínicos necessários ao estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem são passíveis de aprendizado e aperfeiçoamento. Isso requer aprofundamento teórico e exercício prático, resultantes de encontros repetidos com pacientes e suas situações peculiares, que exigem atitudes profissionais e determinação das respostas humanas às necessidades (CARVALHO; GARCIA, 2002).

2.3.3 Prescrição de Enfermagem

A prescrição de enfermagem é a fase do Processo de Enfermagem, na qual a enfermeira planeja e implementa direta ou indiretamente as ações de enfermagem, fundamentadas nos julgamentos clínicos das necessidades apresentadas pelo paciente, visando a uma assistência individualizada, qualificada e resolutive (SOUZA et al., 2001). Representa a materialização escrita do planejamento da assistência de enfermagem, das orientações a serem realizadas e das ações de enfermagem a serem implementadas, objetivando satisfazer as necessidades humanas de cuidado e oferecer uma assistência resolutive.

Esta etapa do Processo de Enfermagem recebe diferentes denominações, porém com significados semelhantes. Horta (1979) faz referência a um plano assistencial e a um plano de cuidados ou prescrição de enfermagem, o primeiro entendido como um planejamento global da assistência de enfermagem e o segundo como a implementação do plano assistencial, na forma de roteiro diário das ações de enfermagem pertinentes ao atendimento das necessidades básicas e individuais do paciente. Entende-se que a denominação prescrição de enfermagem congrega ambas as atividades.

Assim, a prescrição de enfermagem é um conjunto de medidas, preferentemente, decididas pelo enfermeiro, demais membros da equipe de enfermagem e paciente, direcionadas à assistência a este último, de maneira individualizada. Sua elaboração exige a reaproximação do enfermeiro ao paciente, uma vez que, tanto a entrevista clínica, como o exame físico são necessários à detecção de problemas prévios, oportunizando o estabelecimento dos objetivos da assistência, para o planejamento de cuidados e ações adequadas e específicas ao alcance dos resultados esperados (COFEN, 2002).

Nas palavras de Lunardi Filho (1997, p. 66), o planejamento individualizado dos cuidados de enfermagem, traduzido na prescrição de enfermagem,

serve de guia para orientar as atividades de enfermagem, na direção da satisfação das necessidades de saúde do paciente, além de se constituir em orientador para a documentação das anotações do enfermeiro. Por outro lado, (...) pode ser utilizado como um instrumento de comunicação entre os enfermeiros e outros membros da equipe de cuidados de saúde e deve estar prontamente disponível para todos os envolvidos no cuidado com o paciente, servindo como elemento de auxílio à avaliação da eficácia dos cuidados prestados.

A prescrição de enfermagem expressa, de forma organizada, os objetivos diários da assistência a cada paciente, visando a uma melhor qualidade assistencial. Por ser uma orientação escrita dos cuidados a serem prestados para a resolução dos problemas prioritários de determinado paciente, constitui-se em registro das ações de enfermagem e em um meio de informação acessível a toda equipe de saúde sobre as necessidades de saúde do paciente. Possibilita o registro e contabilização das ações de enfermagem, representando um importante passo para a definição e valorização da profissão.

Em outras palavras, consiste no estabelecimento das intervenções de enfermagem necessárias à atenção aos diagnósticos de enfermagem identificados, visando ao alcance dos resultados esperados. Este processo de desenvolvimento interrelacionado dinamicamente das etapas do Processo de Enfermagem pode ser, atualmente, embasado nos sistemas de classificação dos elementos da prática de enfermagem, que fornecem uma linguagem padronizada para o raciocínio e julgamento clínico das respostas humanas às necessidades de saúde e terapêutico das necessidades de cuidados de enfermagem, bem como para os resultados apresentados, a partir das intervenções de enfermagem estabelecidas, e para o registro da prática de enfermagem (GARCIA; NÓBREGA, 2004; VARGAS; FRANÇA, 2007).

A exemplo da classificação das intervenções de enfermagem (*Nursing Interventions Classification* - NIC) e da classificação dos resultados de enfermagem (*Nursing Outcomes Classification* - NOC), taxonomias que emergiram a partir do desenvolvimento pela NANDA de uma terminologia para os diagnósticos de enfermagem, propostas por professores e pesquisadores da Faculdade de Enfermagem da Universidade de Iowa, dos Estados Unidos da América (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008; MOORHEAD; JOHNSON, 2008).

O desenvolvimento da taxonomia de classificação das intervenções de enfermagem teve início em 1987 e continua em constante aprimoramento. A NIC nomeia e descreve intervenções de enfermagem planejadas e executadas pelos profissionais de enfermagem na prática clínica, em resposta a um diagnóstico de enfermagem estabelecido (GARCIA; NÓBREGA, 2004; VARGAS; FRANÇA, 2007; DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008).

Atualmente, sua estrutura taxonômica é constituída por três níveis, o primeiro constituído de 7 domínios, a saber: fisiológico básico; fisiológico complexo; comportamento; segurança; família; sistema de saúde; comunidade. O segundo nível é representado por 30 classes distribuídas nos 7 domínios do nível anterior e o terceiro constituído de 514 intervenções de enfermagem, organizadas nas classes e domínios dos níveis anteriores (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008).

As intervenções de enfermagem pertencentes à NIC estão constituídas de três elementos, um título e a definição da intervenção que, por constituírem uma linguagem padronizada, não podem ser alterados, a não ser por revisão formal e uma lista de atividades de enfermagem descritivas das ações profissionais necessárias à execução da intervenção estabelecida, que pode ser modificada conforme a individualidade da necessidade de cuidado do paciente. Até o presente, cerca de doze mil atividades de enfermagem foram distribuídas entre as 514 intervenções incluídas na terminologia (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008).

Intervenção de enfermagem é definida pela NIC como “qualquer tratamento baseado no julgamento clínico e no conhecimento, realizado por um enfermeiro para melhorar os resultados obtidos pelo paciente/cliente” que, para sua implementação necessita do estabelecimento e execução de diversas atividades de enfermagem, traduzidas em ações específicas desenvolvidas para a implementação de uma intervenção (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008, p.43).

Em se tratando de uma terminologia que padroniza as intervenções de enfermagem necessárias ao alcance dos resultados esperados, frente aos diagnósticos estabelecidos, tem sua relevância ao embasar a elaboração de prescrições de enfermagem resolutivas, nomear as ações de enfermagem desenvolvidas, servindo de registro destas ações e conferindo visibilidade ao trabalho da enfermeira.

2.3.4 Evolução de Enfermagem

A evolução de enfermagem é a última etapa do Processo de Enfermagem. Reflete as respostas dos indivíduos, suas alterações no estado de saúde, frente às intervenções de enfermagem adotadas, além de fornecer dados à identificação de novas necessidades de saúde. Desse modo, permite avaliar a adequabilidade do planejamento da assistência de enfermagem e traçar as modificações necessárias. Em síntese, é fase que possibilita a avaliação e reestruturação de todo o Processo de Enfermagem.

Nas palavras de Horta (1979), é um relato diário das alterações ocorridas com o paciente submetido à assistência de enfermagem, que possibilita a avaliação da efetividade desta assistência e, assim, sua adequação e reestruturação. Consiste em registro elaborado pela enfermeira, após avaliar o estado geral do paciente, que norteia o planejamento da assistência e informa o resultado das ações de enfermagem realizadas (BAPTISTA et al., 2001). Desse modo, a evolução de enfermagem

realizada diariamente pela enfermeira deve sistematizar o perfil evolutivo do paciente bem como os resultados do planejamento da assistência de enfermagem. Assim sendo, os registros devem permitir a visualização do paciente, a sua evolução, demonstrando uma avaliação das condutas tomadas, podendo verificar sua eficiência, facilitando assim uma nova tomada de decisão ou a manutenção da prescrição anterior (BAPTISTA et al., 2001, p. 168).

Portanto, constitui-se em registro escrito, reflexivo e crítico das condições do paciente, da percepção, observação e julgamento clínico da enfermeira e das alterações ocorridas em um período preestabelecido, normalmente 24 horas, que considera as respostas às intervenções de enfermagem e serve como instrumento de comunicação do estado do paciente e de avaliação da assistência prestada.

A classificação dos resultados de enfermagem fornece elementos padronizados para a avaliação e documentação dos resultados de enfermagem, ou seja, respostas às intervenções de enfermagem prestadas. A taxonomia define que resultados do paciente respondem ao cuidado de enfermagem (GARCIA; NÓBREGA, 2004; FONTES, 2006; VARGAS; FRANÇA, 2007; MOORHEAD; JOHNSON, 2008).

A NOC vem sendo desenvolvida desde 1991, pelo mesmo grupo de professores e pesquisadores da Faculdade de Enfermagem da Universidade de Iowa, dos Estados Unidos da América, pertencentes ao grupo NIC, e possui ligação com esta taxonomia e com a da NANDA (GARCIA; NÓBREGA, 2004; FONTES, 2006; VARGAS; FRANÇA, 2007; MOORHEAD; JOHNSON, 2008). Sua estrutura taxonômica inclui uma lista de 330 resultados de enfermagem, agrupados em 29 classes e em 7 domínios. Cada resultado tem como elementos: um título, uma definição, uma lista de indicadores objetivos e subjetivos, e uma escala tipo Likert, de cinco pontos, para avaliar o estado, os comportamentos e percepções ou sentimentos do cliente, em momentos específicos (MOORHEAD; JOHNSON, 2008).

2.4 Processo de Enfermagem ao paciente em Pós-operatório de Cirurgia Cardíaca

Em âmbito mundial, as doenças cardiovasculares estão entre as principais causas de morbimortalidade da população. No Brasil, são a principal causa de mortalidade da população, índices acentuados pela maior longevidade da sociedade e adoção de hábitos de vida com maior exposição a fatores de risco, como a inatividade física, consumo abusivo de bebidas alcoólicas, tabagismo, alimentação inadequada. Destaque-se que a prevalência da doença não é homogênea ao longo da distribuição etária da população, tendo uma incidência maior na faixa etária idosa (FIOCRUZ, 2008).

Estudos apontam ainda, que as desigualdades sociais brasileiras, assim como nos países desenvolvidos, afetam de forma inversa o quadro de mortalidade precoce de adultos por doenças cardiovasculares: quanto menores as condições socioeconômicas, maior a mortalidade (ISHITANI et al, 2006; BASSANESI; AZAMBUJA; ACHUTTI, 2008). O que pode ser explicado pelo fato do contexto social exercer forte influência nos hábitos de vida do indivíduo, pois, melhor condição socioeconômica proporciona maior acesso aos bens e serviços.

A abordagem terapêutica das doenças cardiovasculares pode ser clínica ou cirúrgica. A abordagem cirúrgica é indicada, quando a probabilidade de sobrevida é maior com o tratamento cirúrgico do que com o clínico. As cirurgias cardíacas podem ser classificadas em corretoras, relacionadas à correção de defeitos de canal arterial, septo atrial ou ventricular; reconstrutoras, destinadas à revascularização do miocárdio ou plastia das válvulas cardíacas e; substitutivas, que compreendem as trocas valvares e os transplantes (GALDEANO et al, 2003; 2006; ROCHA; MAIA; SILVA, 2006).

As plastias e substituições valvares podem ser indicadas em casos de distúrbios das válvulas cardíacas, tais como: prolapso, estenose e regurgitação mitral, estenose e regurgitação aórtica e distúrbios nas válvulas tricúspide e pulmonar, geralmente, com sintomatologias e complicações menos acentuadas. A valvuloplastia consiste na reparação da válvula cardíaca que apresenta algum distúrbio. E a troca valvar consiste na substituição da válvula cardíaca comprometida por uma prótese, que poderá ser biológica ou metálica (SMELTZER; BARE, 2005).

O transplante cardíaco consiste em um procedimento cirúrgico, no qual na maioria dos casos, o coração da pessoa receptora é retirado e o coração do doador é implantado nas veias cavas e pulmonares. Em alguns casos, a remoção do coração do paciente receptor não é

realizada e o coração doado é implantado à direita anteriormente ao coração do receptor. O transplante cardíaco pode ser a opção de tratamento, em caso de miocardiopatias graves que não respondem ao tratamento medicamentoso, nem a outro tipo de procedimento cirúrgico. As miocardiopatias consistem em anormalidades estruturais e funcionais do músculo cardíaco e podem ser de três tipos: miocardiopatia dilatada, hipertrófica e restritiva; o transplante pode ser indicado ainda, em casos de cardiopatia isquêmica e cardiopatia congênita (SMELTZER; BARE, 2005).

A cirurgia de revascularização do miocárdio é o tipo mais comum de cirurgia cardíaca e objetiva aliviar a angina e preservar a função do miocárdio. Neste procedimento cirúrgico, um vaso sanguíneo, geralmente a veia safena ou a artéria mamária interna esquerda, e menos comumente as veias cefálica e basílica, é anastomosado com a artéria coronária distal ao ponto ocluído e a aorta ascendente, de forma a isolar o local do vaso obstruído e restabelecer a perfusão da artéria coronária (GALDEANO et al, 2003; 2006; GOMES; BRAILE, 2008; ROCHA; MAIA; SILVA, 2006; SMELTZER; BARE, 2005).

Vale ressaltar que o procedimento cirúrgico pode ocasionar complicações clínicas no paciente submetido à cirurgia, que podem manifestar-se em qualquer período operatório, tais como: infarto agudo do miocárdio, arritmias cardíacas, hemorragias, complicações respiratórias e cerebrovasculares, insuficiência pulmonar, sangramento, infecção da ferida operatória, hipertensão pós-operatória (CARVALHO, et al, 2006; SMELTZER; BARE, 2005). Carvalho et al (2006), em estudo que investigou os tipos de complicações observadas no período pós-operatório de indivíduos que se submeteram à cirurgia de revascularização miocárdica, afirmam que os problemas mais frequentes incluem as complicações cardiovasculares, as pulmonares e as neurológicas.

Pode-se considerar que os resultados e as possíveis complicações do tratamento cirúrgico cardiovascular dependem de fatores individuais do paciente, como a situação de saúde pré-operatória, o tipo e o estágio evolutivo da doença cardiovascular, comorbidades prévias associadas, idade; organizacionais da instituição; do treinamento adequado de todos os profissionais envolvidos na assistência ao paciente que se submete à intervenção cirúrgica nos diferentes estágios operatórios; assim como, diagnósticos de enfermagem e médicos acurados e planejamento pré-operatório adequado. Os fatores institucionais incluem: equipamentos adequados e em bom estado de funcionamento; centros diagnósticos ágeis e precisos; disponibilidades de materiais necessários; número suficiente de profissionais, bem remunerados, especializados e envolvidos (CARVALHO et al, 2008; GOMES; MENDONÇA; BRAILE, 2007; GUIMARÃES NETO; ROMÊO FILHO; NUNES, 2006).

Estudo que buscou averiguar a influência das variáveis sociodemográficas na significação e atitude dos pacientes em relação à cirurgia cardíaca no período pré-operatório, observou relação direta entre o avanço da idade, maior escolaridade, maior renda salarial e a conscientização da necessidade da cirurgia; relação inversa entre nível de escolaridade e a confiança nos profissionais de saúde e nos resultados da intervenção cirúrgica; que indivíduos que moram com a família ou cônjuge e que tem maior número de filhos apresentam mais sentimentos positivos em relação à repercussão da cirurgia do que os que moram sozinhos e não têm filhos; que mulheres e sujeitos que sofreram eventos marcantes no último ano apresentam mais sentimentos desfavoráveis quanto aos benefícios da cirurgia e; que sujeitos de cor parda e negra têm menos sentimentos positivos em relação à cirurgia cardíaca do que os de cor branca e amarela (MIRANDA; GALLANI; ARAÚJO, 2005).

Diante do exposto, infere-se que a expressiva ocorrência das doenças cardiovasculares na população e o avanço tecnológico no tratamento destas enfermidades requerem maior desenvolvimento e aprimoramento da assistência de enfermagem, que passa a ser fundamental para a recuperação do paciente. Frente ao contexto e considerando a complexidade e minuciosidade dos cuidados requeridos por pacientes submetidos a cirurgias cardíacas, cuja condição de saúde sofre mudanças constantes e abruptas e requer intervenções de enfermagem imediatas e precisas, acredita-se que, estas ações carecem de um planejamento prévio fundamentado em um método científico próprio da profissão, traduzido no Processo de Enfermagem.

Na literatura nacional, no que faz referência ao processo de enfermagem direcionado a pacientes submetidos a cirurgias cardíacas, observou-se estudos que reportam a identificação de diagnósticos de enfermagem em pacientes no perioperatório de cirurgias cardíacas (GALDEANO et al, 2006); período pré-operatório de cirurgias cardíacas, (GALDEANO; ROSSI; PEZZUTO, 2004); no período transoperatório de cirurgia cardíaca (GALDEANO et al, 2003); no período pós-operatório, com identificação de possíveis intervenções de enfermagem, considerando a NIC, e estabelecimento de resultados esperados, segundo a NOC (ROCHA; MAIA; SILVA, 2006; SCHWENGBER, 2008). Construção e validação de instrumentos de coleta de dados para os períodos pré, intra e pós-operatório de cirurgia cardíaca (GALDEANO; ROSSI, 2002).

Outros estudos reproduzem percepções subjetivas de pacientes que foram submetidos à cirurgia cardíaca ou possuem indicação cirúrgica. A exemplo, de estudo que identificou diferentes sentimentos de apreensão expostos pelos pacientes ao receberem a notícia da necessidade de realização da cirurgia cardíaca, que com o passar do tempo e aproximação do

momento de realização do procedimento sofriam inversão para predominância de sentimentos positivos e de esperança em relação à intervenção cirúrgica e seus resultados, demonstrando que os pacientes passaram a aceitar a indicação do tratamento e procuram ser otimistas frente à cirurgia (VARGAS; MAIA; DANTAS, 2006).

Pesquisa que buscou perceber o significado da cirurgia cardíaca e do toque na perspectiva de pacientes em pós-operatório de cirurgias cardíacas concluiu que a cirurgia cardíaca produz sentimentos de medo da morte e apreensão pela necessidade de permanecer na UTI, que a fé em Deus é um meio de superar o momento. E que o toque promove segurança, conforto, encorajamento, traduzido em um cuidar não apenas tecnológico, mas emocional (BRANDÃO; BASTOS; VILA, 2005). Investigação que objetivou compreender o significado de qualidade de vida na perspectiva de sujeitos que vivenciaram a experiência da revascularização do miocárdio e observou que, para o grupo, qualidade de vida implica ser feliz, à medida do possível e está fundamentado em ter saúde, trabalho e harmonia familiar (VILA; ROSSI, 2008).

A busca a literatura possibilita inferir que, apesar das produções existentes, a abordagem do planejamento da assistência de enfermagem, com menção às diferentes fases do processo de Enfermagem, a pacientes com indicação cirúrgica cardíaca, carece de maior investimento científico. Pois as produções mostram-se ainda diminuídas, ao passo que a assistência de enfermagem a este tipo de paciente é de suma relevância para a sua recuperação. Além disso, a averiguação prévia das necessidades de cuidados e manifestações clínicas de um grupo de pacientes com características comuns possibilita o conhecimento das necessidades humanas afetadas, contribuindo assim para o desenvolvimento de intervenções de enfermagem direcionadas e individualizadas, resultando na implementação de ações rápidas e eficazes para a resolução dos problemas identificados.

2.5 Modelo Conceitual de Enfermagem

Um modelo conceitual de enfermagem representa o pilar científico de desenvolvimento da prática profissional e caracteriza o enfoque impresso à determinada realidade. Em outras palavras, expressa uma forma de entender e realizar a profissão, um guia para a prática, edificado em conceitos, originários de teorias ou da própria prática

profissional. Pode ser constituído de partes de diferentes teorias⁶, desde que obedecendo à exigência de conter os conceitos de paciente, ambiente, saúde e enfermagem, tidos como básicos para o trabalho da enfermagem. Além disso, para a sua operacionalização, se faz necessário um método, ou seja, o Processo de Enfermagem (NÓBREGA; BARROS, 2001).

Na opção por um modelo conceitual adequado, que dê sustentação à enfermeira no desenvolvimento da prática profissional, necessitam ser ponderados, tanto o conhecimento dos diferentes modelos existentes, quanto a realidade local onde será adotado, incluindo a percepção das enfermeiras que irão implementar o modelo e dos demais profissionais envolvidos e a situação dos pacientes assistidos (NÓBREGA; BARROS, 2001).

Para o desenvolvimento da proposta de Processo de Enfermagem aos pacientes em pós-operatório de cirurgias cardíacas assistido na UTI-UPO, foi adotado um modelo conceitual constituído de idéias da Teoria das Necessidades Humanas Básicas proposta por Wanda Horta (1979) e a Classificação dos Diagnósticos de Enfermagem da NANDA (NANDA, 2008).

A Teoria das Necessidades Humanas Básicas foi desenvolvida a partir da Teoria da Motivação Humana de Abraham Maslow⁷, numa perspectiva de organização hierárquica das necessidades básicas, na qual, a busca por atender um nível subsequente depende da satisfação mínima do anterior e repousando a motivação humana na não satisfação completa e constante de uma necessidade. Adota a classificação de João Mohana⁸, que estabelece três níveis de necessidades humanas: psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, conforme listadas no **quadro 1** (HORTA, 1979).

As necessidades humanas básicas emergem de situações de desequilíbrio humano, que estão presentes em todos os indivíduos, de modo latente ou manifesto e obedecendo às singularidades individuais. Resultam da interação entre o meio interno e externo; estão inter-relacionadas e; ocupam posições hierárquicas. Aos estados resultantes dos desequilíbrios das necessidades humanas básicas, que carecem assistência profissional de enfermagem, atribui-se o termo Problemas de Enfermagem (HORTA, 1979).

⁶ Uma teoria reúne um “conjunto inter-relacionado de princípios e definições que servem para dar organização lógica a aspectos selecionados da realidade empírica”. Estando o cerne da teoria em “sua potencialidade de explicar uma gama ampla de fenômenos através de um esquema conceitual ao mesmo tempo abrangente e sintético” (MINAYO, 2004, p.91-2). Na enfermagem, o desenvolvimento de teorias reflete o aprimoramento do conhecimento profissional e a busca por especificidade teórica, de modo a sustentar e orientar cientificamente a prática (CIANCIARULLO, 2001; NOBREGA e BARROS, 2001).

⁷ MASLOW, Abraham H. **Motivation and personality**. 2ª ed. New York, Harper & Row Publishers, 1970.

⁸ MOHANA, João. O mundo e eu. 2º ed. Rio de Janeiro, AGIR, 1964.

Quadro 1 – Classificação das Necessidades Humanas Básicas de Horta

Necessidades Psicobiológicas	Necessidades Psicossociais
Oxigenação Hidratação Nutrição Eliminação Sono e Repouso Exercício e atividades físicas Sexualidade Abrigo Mecânica corporal Motilidade Cuidado corporal Integridade cutâneo-mucosa Integridade física Regulação: térmica, hormonal, neurológica, hidrossalina, eletrolítica, inumológica, 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 Auto-realização Auto-estima Participação Auto-imagem Atenção Necessidades Psicoespirituais Religiosa ou teológica, ética ou de filosofia de vida

Fonte: HORTA, 1979, p.40

Horta (1979, p. 27) ao comentar o desenvolvimento da Teoria das Necessidades Humanas Básicas, atribui à experiência e reflexões referentes à prática profissional a aspiração por “uma teoria que pudesse explicar a natureza da enfermagem, definir seu campo de ação específico, sua metodologia científica”. Em sua produção, demonstra a preocupação em edificar o saber científico da enfermagem e estruturar uma metodologia específica de atuação profissional, um modelo de Processo de Enfermagem, embasado teoricamente.

A opção por adotar idéias da teoria proposta por Horta (1979), além da adequação à realidade local, advém da crença de que possibilita uma abordagem integral do indivíduo. Alicerçou-se ainda, em referências literárias da prevalência da adoção deste referencial teórico em processos de desenvolvimento do Processo de Enfermagem na prática assistencial (CIANCIARULLO et al., 2001; FIGUEIREDO et al., 2006) e como suporte teórico adotado por docentes no ensino de conteúdos sobre o Processo de Enfermagem (DELL’ACQUA; MIYADAHIRA, 2002).

O sistema de classificação de Diagnósticos de Enfermagem da NANDA passou a ser estruturado na década de 70, tendo como marco, em 1973, o I Encontro Nacional para Classificação dos Diagnósticos de Enfermagem, na Universidade de Saint Louis, nos Estados Unidos. O encontro marcou o início dos esforços internacionais para a padronização de uma nomenclatura diagnóstica de enfermagem, que contemplasse os problemas que comumente requerem cuidados de enfermagem. Resultou na elaboração de uma lista de diagnósticos

relacionados a sintomatologias, embasados na prática das enfermeiras participantes. Após esse evento, essas participantes passaram a reunir-se bianualmente, havendo a incorporação de enfermeiras assistenciais às reuniões de caráter aberto, para a discussão da estruturação de um sistema de classificação diagnóstica (COLER, 2000; GARCIA; NÓBREGA, 2004).

Em 1982, a NANDA foi formalmente instituída, empenhando-se no desenvolvimento e aprimoramento dos Diagnósticos de Enfermagem e na constituição de uma taxonomia que operacionalizasse a fase diagnóstica (GARCIA; NÓBREGA, 2004). Em 1986, a Taxonomia I da NANDA foi aprovada, sendo publicada em 1989, com seu sistema conceitual estruturado em nove Padrões de Respostas Humanas, a saber: comunicar, relacionar, valorizar, escolher, trocar, mover, perceber, conhecer e sentir (COLER, 2000; BRAGA; CRUZ, 2003; GARCIA; NÓBREGA, 2004).

Após a 11ª Conferência Bienal da NANDA, em 1994, o Comitê de Taxonomia da associação, enfrentando dificuldades em categorizar os diagnósticos recém-aprovados na Taxonomia I, que já vinham sofrendo críticas, passou a vislumbrar a necessidade de uma nova classificação. Após serem apresentadas quatro propostas de estruturas taxonômicas, sem que nenhuma fosse satisfatória, uma delas foi reestruturada pelo Comitê de Taxonomia e apresentada na 13ª Conferência Bienal, em 1998. Com base em sugestões e dúvidas suscitadas no encontro, a estrutura taxonômica foi aperfeiçoada, foram desenvolvidas definições para os domínios e classes da taxonomia, que foram comparadas com os conceitos diagnósticos, visando assegurar a compatibilidade conceitual entre domínio, classe e diagnóstico, sendo publicada em 2001 a Taxonomia II da NANDA, que permanece em constante aprimoramento, com publicações atualizadas a cada dois anos (CRUZ, 2001; BRAGA; CRUZ, 2003; GARCIA; NÓBREGA, 2004; NANDA, 2008).

A taxonomia II compreende três níveis, expressos em 13 domínios, 47 classes e 187 diagnósticos de enfermagem e tem um formato multiaxial, estruturada a partir de sete eixos, que compõem isoladamente ou em conjunto o enunciado diagnóstico, conforme a situação clínica. Abrangendo o conceito diagnóstico, que descreve a resposta humana; o sujeito do diagnóstico, se direcionado ao indivíduo, à família, ao grupo ou à comunidade; o julgamento, que delinea a situação; a localização, com a identificação das regiões corporais; a idade; o tempo, abordando a agudicidade, cronicidade, intermitência ou continuidade do conceito diagnóstico e; a situação do diagnóstico, que se refere o estado de saúde, entre o bem-estar e a promoção da saúde, o risco e a real alteração no estado de saúde (NANDA, 2008).

A estrutura do enunciado diagnóstico é estabelecida conforme a situação do diagnóstico. Nos diagnósticos em que a alteração no estado de saúde do paciente é atual ou real

o enunciado diagnóstico é constituído do título, um ou mais fatores relacionados e das características definidoras. Já nos diagnósticos de risco, será apresentado em duas partes, título e fatores de risco e nos de bem-estar pelo título e características definidoras. Os diagnósticos de enfermagem classificados como promoção da saúde têm a mesma estrutura dos diagnósticos atuais (NANDA, 2008).

Os fatores relacionados são possíveis causas ou situações que interferem ou determinam o diagnóstico, em outras palavras, é o contexto de desenvolvimento das características definidoras, os de risco são possibilidades causais a serem sugeridas ou fatores de risco que contribuem para uma vulnerabilidade aumentada. As características definidoras são sinais e sintomas identificados em indivíduos, famílias ou comunidades (CRAFT-ROSENBERG; SMITH, 2008). Em considerando que, os fatores relacionados e os fatores de risco direcionam a elaboração das prescrições de enfermagem, esses devem ser escritos em termos daquilo que pode ser modificado pelas ações de enfermagem, sendo prudente existir um fator relacionado ou um fator de risco para cada diagnóstico escrito (NANDA, 2008; NANDA, 2005; BENEDET; BUB, 2001; NÓBREGA; SILVA, 2007).

A taxonomia da NANDA é uma das mais conhecidas e utilizadas mundialmente (GARCIA; NÓBREGA, 2004). No Brasil, a primeira tradução desse sistema de classificação diagnóstica foi em 1990, contendo a Taxonomia I da NANDA. Na sequência, foram apresentadas outras versões, com traduções diferenciadas, o que passou a dificultar a padronização dos termos diagnósticos. Em 1994, foi publicado por Nóbrega e Garcia (1994) um livro fruto de propostas sistematizadas do II Simpósio Nacional sobre Diagnóstico de Enfermagem, realizado em 1992, onde a temática em questão era a uniformização da linguagem dos Diagnósticos de Enfermagem da NANDA no país. A obra contém a Taxonomia I da NANDA com alterações (NÓBREGA; GARCIA, 1994; BARROS et al, 2000). Em 1999, surgiu uma proposta para a elaboração de diagnósticos de enfermagem, vinculada à Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta (BENEDET; BUB, 1999). A partir de 2001, quando a Taxonomia II foi apresentada no Brasil, bianualmente a publicação atualizada da NANDA é traduzida e lançada no país.

3 CAMINHO METODOLÓGICO

A metodologia representa o caminho adotado para a apreensão da realidade. Abarca concepções teóricas, métodos e técnicas estruturais da pesquisa, experiência e criatividade do pesquisador, congregando teoria e prática (MINAYO, 1994; 2004). Expõe-se, a seguir, a trajetória metodológica adotada, visando responder à questão norteadora deste estudo e atingir o objetivo proposto, traduzido na elaboração, em conjunto com as enfermeiras da Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória Cardiológica, de uma proposta de Processo de Enfermagem aos pacientes em pós-operatório de cirurgias cardíacas.

O presente capítulo apresenta: o tipo de estudo e a metodologia utilizada para o seu desenvolvimento; a caracterização do local de pesquisa; os sujeitos participantes; os procedimentos adotados para a produção dos dados; a forma com que os dados foram analisados e; as questões éticas envolvidas na pesquisa.

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo qualitativo de caráter exploratório e descritivo, com seu trajeto metodológico ancorado na metodologia convergente-assistencial, caracterizada essencialmente pela convergência entre pesquisa, assistência e participação dos sujeitos envolvidos na prática concomitante ao processo de construção de conhecimento (TRENTINI; PAIM, 1999). A pesquisa qualitativa, por analisar os fenômenos no contexto onde se desenvolvem, promove uma abordagem descritiva, interpretativa e subjetiva de análise em profundidade dos fenômenos e investigativa da compreensão dos acontecimentos e dos significados atribuídos às experiências. Pretende a compreensão da experiência tão próxima à realidade quanto possível, pois focaliza a percepção dos aspectos subjetivos, peculiares e individuais, os significados dos atos e das relações, a intencionalidade dos comportamentos (POPE; MAYS, 2005).

A abordagem qualitativa da realidade faz emergir questões subjetivas e simbólicas que não podem ser quantificadas, visto que incorpora os significados, intenções, causas, desejos, culturas, atitudes inerentes às ações e às relações (MINAYO, 1994; 2004). Assim, investiga o fenômeno na sua totalidade, não reduzindo os fatos a uma percepção compartimentada, o que possibilita um maior conhecimento e entendimento da realidade vivenciada pelos sujeitos do estudo (TRENTINI; PAIM, 1999).

Desse modo, o desenvolvimento do processo de pesquisa manifesta uma íntima relação entre as diferentes fases, não se limitando a visões fracionadas e estagnadas. A pesquisa qualitativa apresenta duas singularidades fundamentais: sua “natureza desreificadora dos fenômenos, do conhecimento e do ser humano” e a “rejeição da neutralidade do saber científico”, pois no processo investigatório de observação e análise dos fatos estão inclusas as percepções do pesquisador (TRIVIÑOS, 1987, p. 125).

A opção pela pesquisa qualitativa deu-se pelo entendimento de ser a que melhor atende às características deste estudo, que resultou em um processo de construção conjunta, no qual emergiram diferentes manifestações comportamentais, na maioria das vezes, implícitas e atreladas ao contexto e às singularidades, de envolvimento e indiferença ao processo. A pesquisa exploratória busca explicitar e aprimorar idéias e posicionamentos referentes a determinado fato e a descritiva expor as características de uma população específica (GIL, 1994, 2002; MARCONI; LAKATOS, 2006). O caráter exploratório descritivo deste estudo manifesta-se no processo de construção de uma proposta de Processo de Enfermagem, que resultou em um aprofundamento da temática a um grupo específico, traduzido nos pacientes em pós-operatório de cirurgias cardíacas e suas necessidades gerais de cuidados.

3.1.1 Metodologia Convergente-Assistencial

A metodologia convergente-assistencial é uma modalidade qualitativa, caracterizada como pesquisa de campo ou social (TRENTINI; PAIM, 1999). Na pesquisa social, o investigador propõe-se a interpretar a realidade, inserido no contexto e estabelecendo relações, de modo a perceber o fenômeno em sua totalidade. Além disso, são consideradas partes integrantes do processo de desvelamento, as singularidades, especificidades e subjetividades dos sujeitos do estudo. Desse modo, a investigação reflete as percepções e posições frente às situações determinadas, salientando que as questões sociais não podem ser apresentadas como estanques, visto que, como determinações históricas, expõem a situação e a organização social atual, decorrente de experiências prévias e projeções futuras (MINAYO, 1994; 2004).

A pesquisa convergente-assistencial caracteriza-se pela união da pesquisa à prática profissional, propõe a reflexão e a produção de conhecimentos norteadores da prática com teorização e investigação dos fenômenos emergentes da assistência, no contexto onde ela

acontece. Assim, as questões de pesquisa são frutos de experiências vivenciadas no contexto da prática e os resultados do estudo destinam-se à solução de problemas, introdução de inovações, entre outras melhorias, no local do estudo (TRENTINI; PAIM, 1999; TRENTINI; BELTRAME, 2006).

Optou-se por adotar a metodologia convergente-assistencial pela sintonia deste caminho metodológico com a proposta deste estudo. Como justificativa e saliência, retomo que a questão norteadora emergiu da prática assistencial, em um momento em que esforços começavam a ser engendrados na busca pela implementação do Processo de Enfermagem na unidade onde foi desenvolvido o estudo. Além disso, melhorias no contexto profissional e valorização, visibilidade e aperfeiçoamento das ações de enfermagem são os desejos propulsores do desenvolvimento desta pesquisa.

A investigação convergente-assistencial estrutura-se, de acordo com Trentini e Paim (1999) seguindo as fases de concepção, instrumentação, perscrutação, análise e interpretação. Na etapa de concepção, procede o estabelecimento da área de interesse que, pormenorizada em seus aspectos teóricos e práticos e considerando o interesse dos profissionais envolvidos, resulta no tema de pesquisa, a partir do qual o pesquisador estabelece a questão norteadora do estudo e os objetivos necessários à problemática e a elaboração da sustentação teórica, introdução e justificativa do estudo. Na fase de instrumentação, são adotadas as decisões metodológicas referentes ao espaço de pesquisa, participantes e métodos de coleta e análise dos dados.

Na etapa subsequente, de perscrutação, são estabelecidas e adotadas as estratégias de obtenção de dados, seguida da fase de análise, iniciada ainda na coleta dos dados, com a apreensão – organização e codificação – das informações. Finaliza com a fase de interpretação, relacionada aos resultados da investigação, nos processos de síntese, com análise subjetiva das associações e variações dos dados; de teorização, conferindo fundamentação teórica na interpretação das informações relacionadas na síntese e; de transferência, atribuindo significação aos resultados, com a explicitação de seus reflexos na assistência (TRENTINI; PAIM, 1999).

Ainda, no intuito de enfatizar as escolhas metodológicas para o desenvolvimento do processo investigatório, destacam-se peculiaridades da metodologia convergente-assistencial para o estabelecimento dos procedimentos metodológicos. O campo de pesquisa é o espaço onde o problema foi identificado e almejam-se mudanças, estando relacionado com o desenvolvimento das atividades profissionais, sendo definido como “aquele, onde ocorrem as relações sociais inerentes ao propósito da pesquisa” (TRENTINI; PAIM, 1999, p. 80).

Referente aos sujeitos da pesquisa, nesta modalidade, não são delimitados critérios para a sua seleção, pois o que se “valoriza [é] a representatividade referente à profundidade e a diversidade das informações” (TRENTINI; PAIM, 1999, p. 81). Os sujeitos são aqueles envolvidos no contexto tanto da pesquisa como da prática assistencial, salientando que a contribuição dos participantes é ativa, sugerindo, criticando e validando os resultados. Trentini e Paim (1999, p. 42) justificam a relevância da participação dos envolvidos no espaço de pesquisa, comentando que, se pretendemos promover mudanças impactantes e solucionar problemas no contexto da prática, a “mudança de mentalidade dos envolvidos” é indispensável e “a melhor maneira para que isso ocorra é a participação deles em todo o processo de pesquisa”.

Concernente à coleta e análise dos dados, a metodologia convergente-assistencial não estipula métodos específicos, chegando a reunir diferentes métodos, técnicas e estratégias para obter e analisar as informações. No entanto, a coleta e análise dos dados necessitam ser conduzidas de modo compatível com critérios básicos desta modalidade investigativa, ou seja:

ter como propósito a resolução de problemas, sejam de natureza prática ou teórica; introduzir inovações no campo da prática; ser desenvolvida concomitante com o trabalho do pesquisador, ou o pesquisador se envolver no trabalho do contexto assistencial de pesquisa; envolver de maneira participativa as pessoas investigadas e; reconhecer dados obtidos no processo de prática assistencial como dados de pesquisa (TRENTINI; PAIM, 1999, p. 43).

A prática profissional representa o contexto, no qual as informações para a pesquisa emergem provenientes, geralmente, de várias fontes. E a coleta e a análise dos dados necessitam ser concomitantes a esta prática assistencial, de modo a facilitar “a imersão gradativa do pesquisador nos relatos das informações, a fim de refletir sobre como fazer interpretações e descobrir vazios que poderão ser preenchidos ao longo do processo” (TRENTINI; PAIM, 1999, p. 101).

Portanto, a metodologia convergente-assistencial possibilita refletir e aprimorar a prática profissional, conferindo à assistência cientificidade e afastando a crença dicotômica entre teoria e prática. Ressalta a função primordial da pesquisa de resultar em melhorias para o espaço e os sujeitos do estudo, além de destacar a relevância da participação e construção conjunta no aprimoramento, delineamento e maior visibilidade e valorização da profissão.

3.2 Local da pesquisa e suas principais características organizacionais e assistenciais

A pesquisa desenvolveu-se na Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória Cardiológica do Hospital de Cardiologia e Oncologia Dr. Pedro Bertoni (HCOPB), pertencente ao complexo da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande, na cidade do Rio Grande, extremo sul do Rio Grande do Sul. Este hospital presta atendimento desde 21 de janeiro de 2002, é credenciado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) como de alta complexidade nível I, desde 14 de setembro de 2002, tendo sido certificado como Hospital de Ensino e Pesquisa, em 2004. É referência no tratamento cardiológico especializado para a metade sul do estado do Rio Grande do Sul.

O hospital disponibiliza serviços de cirurgia cardíaca, estudo e tratamento hemodinâmico, atendimento de emergência e ambulatorial, internação hospitalar e serviços diagnósticos complementares, sendo composto por setor de atendimento de emergência e observação; unidade coronariana; centro cirúrgico; serviço de estudos e tratamentos hemodinâmicos; unidade de tratamento intensivo e pós-operatório; duas unidades de internação e; ambulatório. Dispõe de um total de 70 leitos para internação hospitalar.

A UTI-UPO é constituída de sete leitos, sendo um para isolamento. Está situada no primeiro andar do hospital. A área física é composta de salão amplo com seis leitos; quarto de isolamento; posto de enfermagem; sala de prescrição; sala administrativa; rouparia; sala de preparo de materiais; expurgo; sala para depósito de materiais de limpeza; refeitório; sala de permanência do médico plantonista; banheiros e; vestiários. Dispõe de camas hospitalares com controle digital; bombas de infusão; monitores cardíacos e com multi-parâmetros; central de monitorização; respiradores mecânicos; console de balão intra-aórtico (BIAO); geradores de marca-passo provisórios; desfibrilador; carro de parada; maleta de parada para transporte; aparelho de eletrocardiograma; dentre outros.

O atendimento no setor é prestado por uma equipe multidisciplinar. O quadro funcional de enfermagem é constituído por uma enfermeira administrativa e quatro enfermeiras assistenciais, distribuídas nos turnos da manhã, tarde e noite I e II, dentre elas a pesquisadora, que é enfermeira assistencial do turno da manhã; duas enfermeiras substitutas de folgas, diurnas e noturnas e; uma enfermeira substituta de férias, que atendem as substituições das duas unidades de tratamento intensivo (UTI) da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande, a UTI-UPO e a UTI Geral; dezoito técnicas e/ou auxiliares de

enfermagem, sendo quatro em cada um dos turnos; duas técnicas e/ou auxiliares de enfermagem substitutas de folgas diurnas e noturnas e; uma substituta de férias da unidade.

A unidade presta o atendimento intensivista, de recuperação pós-anestésica e pós-operatória de cirurgias cardíacas. Além da assistência à pacientes em pós-operatórios de cirurgias cardíacas, as patologias de maior incidência na unidade são: síndrome isquêmica; insuficiência cardíaca congestiva; infarto agudo do miocárdio; angina; arritmias; tamponamento cardíaco; dissecação de aorta; choques cardiogênico e hipovolêmico; crise hipertensiva; tromboembolia pulmonar; hipertensão pulmonar; edema agudo de pulmão; endocardite; acidente vascular cerebral isquêmico e hemorrágico; insuficiência respiratória, dentre outras.

Referente à organização do trabalho e sistematização da assistência, o setor possui manual de normas, rotinas e técnicas de enfermagem, regimento do serviço de enfermagem, protocolos assistenciais de enfermagem e protocolos médicos de rotinas assistenciais clínicas e cirúrgicas. Disponibiliza um computador com sistema informatizado para gerar prescrições de enfermagem e médicas e formulários para impressão destas prescrições. As etapas do Processo de Enfermagem, histórico e evolução de enfermagem já são elaboradas e registradas.

O Histórico é realizado no formulário de Admissão Pós-Operatória e Clínica⁹, quando da admissão do paciente em pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca. Ressalta-se que o preenchimento do instrumento de coleta de dados e a conseqüente elaboração do histórico de enfermagem têm se restringido aos pacientes pós-operatórios imediatos. A evolução de enfermagem de todos os pacientes assistidos na UTI-UPO é realizada diariamente no prontuário do paciente, incluindo internação, transferência e alta da unidade e de óbito.

Justifico a opção pela UTI-UPO como campo da pesquisa por ser o contexto de desenvolvimento de minha prática profissional, onde atuo como enfermeira assistencial desde dezembro de 2005, além de ter realizado meu estágio de conclusão da graduação em enfermagem, de outubro a novembro de 2005, sendo esta proposta de Processo de Enfermagem direcionada aos pacientes em pós-operatório de cirurgias cardíacas assistidos nesta unidade. A frequência de realização de cirurgias cardíacas no hospital é de uma ao dia, salvo casos de emergências cirúrgicas, totalizando uma média de 20 cirurgias por mês e 240 ao ano, entre as quais, de revascularização miocárdica, plastia e troca valvar, aneurisma aórtico, dissecação aórtica, comunicação intra-atrial.

⁹Este formulário de admissão do paciente na unidade é fruto dos esforços já empreendidos na instituição, visando à implementação do Processo de Enfermagem. Resultou de uma construção coletiva das enfermeiras da unidade, e passou a ser adotado em janeiro de 2008.

Os pacientes submetidos à intervenção cirúrgica no HCOPB comumente são assistidos, seguindo uma organização pré-estabelecida. No pré-operatório, quando o paciente geralmente está hospitalizado em uma das unidades de internação¹⁰, são levantados, em formulários específicos de enfermagem e da medicina, os dados pré-operatórios necessários. Resumidamente, compreendem: esclarecimentos referentes ao procedimento cirúrgico e recuperação pós-operatória; dados de identificação; exame físico; hábitos de higiene, sono e repouso; nutrição; medicações utilizadas; cirurgias prévias; antecedentes clínicos; exames laboratoriais; raio-x de tórax; eletrocardiograma; exames diagnósticos indicados (ecocardiograma, cineangiografia transluminal, eco-doppler de carótida). Além disso, são realizadas as orientações e prescrito o preparo pré-operatório de enfermagem¹¹ e médico, que incluem: suspensão da dieta, após às 22 horas do dia anterior à cirurgia; tricotomia corporal; enema; assepsia corporal, administração de medicação ansiolítica, entre outros.

O transoperatório inicia-se após o paciente ser transferido ao Centro Cirúrgico, por solicitação da enfermeira do setor, acompanhado de seu prontuário, contendo todas as informações pré-operatórias. Ao ser admitido no setor cirúrgico, inicia-se a indução anestésica, seguida da entubação endotraqueal do paciente, punção de acesso venoso central e periférico e arterial, sondagem nasogástrica e vesical de demora e realização do procedimento cirúrgico.

Próximo ao término da cirurgia, a enfermeira do Centro Cirúrgico avalia as condições do paciente e, por contato telefônico, fornece as informações pertinentes à enfermeira da UTI-UPO, a saber: identificação do paciente; idade; tipo de intervenção cirúrgica realizada; complicações no perioperatório; condições hemodinâmicas do paciente; dependência do gerador de marcapasso provisório (MPP); vias de acesso venoso central e periférico e arterial; soluções infundidas; drenos e cateteres utilizados.

Com base nos dados fornecidos, a enfermeira da UTI-UPO prepara um leito para a admissão do paciente em pós-operatório, equipado com: respirador mecânico montado; monitor multiparâmetros, com cabos de eletrocardiograma, oximetria de pulso, temperatura

¹⁰ Em casos de maior gravidade e instabilidade clínica, o paciente permanece internado na UTI-UPO até o momento da intervenção cirúrgica, retornando, após, para a unidade. No entanto, os procedimentos pré-operatórios assemelham-se.

¹¹ Nas unidades de internação, um modelo de Processo de Enfermagem ao pré-operatório e ao pós-operatório tardio de cirurgia cardíaca foi implementado, durante o desenvolvimento da dissertação: **O Processo de Enfermagem: instrumento para o enfermeiro administrar o trabalho e liderar a equipe de enfermagem** (SCHWEGBER, 2008). Que resultou na elaboração de um instrumento de coleta de dados de pacientes em pré-operatório, estabelecimento de diagnósticos de enfermagem de maior incidência em pacientes nos períodos pré e pós-operatórios de cirurgias cardíacas assistidos nas unidades e prescrições de enfermagem modelo, ao pré-operatório, ao dia de admissão do pós-operatório na unidade e aos demais dias em que o paciente permanece no setor.

nasal, pressão invasiva e venosa central; frasco de aspiração por vácuo para aspiração contínua dos drenos de mediastino e pleural; frasco de aspiração por vácuo para aspiração de vias aéreas; umidificador de oxigênio conectado a um ambu; infusão de cloreto de potássio a 10%, acrescida em soro glicosado 5% (SG 5%), calculada com base no índice de massa corpórea do paciente. Em algumas situações, são acrescentados ao monitor multiparâmetros, cabos de capnografia, de pressão do átrio esquerdo (PAE) e de swan-ganz.

Ao término da cirurgia, o paciente é preparado para a transferência, sendo transportado à UTI-UPO, ainda em coma anestésico, acompanhado da enfermeira do Centro Cirúrgico, do médico anestesista e do cirurgião, que fornecem os dados transoperatórios à enfermeira e ao médico cardiologista da unidade. Na admissão do paciente no setor, o tubo endotraqueal (TOT) é conectado ao respirador mecânico; é instalada a monitorização cardíaca, de oximetria de pulso, temperatura, pressão arterial média (PAM) e pressão venosa central (PVC); observadas infusões venosas em acesso venoso central e periférico; instalada infusão de cloreto de potássio de manutenção, conforme orientação médica; instalada aspiração contínua no dreno de mediastino e, se for o caso, pleural, que é desclampeado; desclampeada a sonda vesical de demora; testada a sonda nasogástrica (SNG); registrados volumes de drenagens e infusões. Em alguns casos, o paciente apresenta ainda, cateter de átrio esquerdo (AE), sendo o transdutor conectado ao cabo de pressão do monitor multiparâmetros, para o estabelecimento da pressão do átrio esquerdo e iniciada infusão contínua de soro fisiológico 0,9% (SF 0,9%); cateter de balão intra-aórtico; cateter de swan-ganz, sendo instalados o cabo de pressão e de temperatura ao monitor multiparâmetros; dreno de portovac, sendo restituído o vácuo.

São acionados os serviços de radiologia e laboratório de análises clínicas, com realização de raio-x de tórax e coleta de exames laboratoriais que, conforme o protocolo, acontece na admissão, quarta hora pós-operatória, às 24 horas do dia e às 7 e 20 horas do primeiro dia de pós-operatório. E o formulário de admissão de enfermagem é preenchido, sendo realizado o histórico de admissão do paciente pela enfermeira do setor.

No pós-operatório imediato (POI), período compreendido entre a admissão na UTI-UPO e às 6 horas do dia seguinte, o paciente é observado continuamente quanto à consciência, padrão respiratório, coloração da pele, aquecimento corporal, sangramento em incisões, sinais vitais (SV), oximetria de pulso, hemodinâmica e volumes drenados e infundidos. Rotineiramente, os sinais vitais são registrados de 15 em 15 minutos; a glicemia de quatro em quatro horas ou a cada hora, se o paciente apresentar diabetes mellitus ou alterações nos níveis séricos de glicemia; a pressão venosa central e do átrio esquerdo e o

volume de diurese, de drenagem e de infusões a cada hora. O balanço hídrico parcial é realizado a cada seis horas e, ao final do POI, o enfermeiro fecha o balanço hídrico total. Um técnico de enfermagem é escalado exclusivamente para tal. Além disso, o desmame ventilatório e das drogas vasoativas normalmente procede neste período.

No primeiro dia de pós-operatório (1º PO), período compreendido entre às 6 horas do dia seguinte à cirurgia e às 6 horas do próximo dia, caso o quadro do paciente evolua dentro da normalidade prevista, este estará acordado e comunicativo, a dieta é liberada e o acesso arterial de controle da pressão arterial média é retirado. O paciente é higienizado e as incisões são curativadas. No segundo dia de pós-operatório (2º PO), período compreendido entre às 6 horas do 2º dia e às 6 horas do 3º dia após a cirurgia, o paciente é sentado no leito, os drenos, acesso central e sonda vesical de demora são retirados, geralmente recebendo alta da UTI-UPO e sendo transferido para a unidade de internação. Algumas vezes, a exemplo de quando os drenos não são retirados no 2º PO, o paciente permanece no setor, além do 2º PO, normalmente recebendo alta no terceiro dia de pós-operatório (3º PO).

Ao ser admitido em uma das unidades de internação, o paciente recebe os cuidados de enfermagem pós-operatórios necessários, a exemplo da orientação e auxílio para deambular, fornecimento do travesseiro para pressionar o peito, monitorização da presença de diurese espontânea, em decorrência da retirada recente do cateter vesical, realização de curativos em incisões cirúrgicas após a higiene corporal. As intervenções de enfermagem são prescritas pela enfermeira do setor, havendo prescrições de enfermagem modelo ao dia de admissão do pós-operatório na unidade e aos demais dias que o paciente permanece no setor, até receber a alta hospitalar.

Logo, considerando a descrição acima, é possível perceber que o atendimento de enfermagem prestado aos pacientes cirúrgicos na unidade é minuciosamente planejado e realizado. No entanto, estes cuidados prestados, planejados e monitorados pela enfermeira, não são registrados, acabando, muitas vezes, por serem considerados rotineiros e passando despercebidos. Estas situações justificam a relevância da implementação do Processo de Enfermagem, de modo, a demonstrar e registrar a assistência prestada e suas contribuições para a recuperação da saúde dos pacientes, conferindo visibilidade às ações de cuidado realizadas e valorização à profissão.

3.3 Sujeitos participantes do estudo

A metodologia convergente assistencial não fixa critérios à escolha dos participantes, procedendo de modo intencional, preocupando-se com a representatividade dos sujeitos e profundidade das informações, considerando fundamental no processo de construção do conhecimento a participação dos envolvidos no contexto de desenvolvimento da investigação (TRENTINI; PAIM, 1999). Desse modo, foram convidadas a participar e esclarecidas sobre o processo de construção dos dados todas as enfermeiras envolvidas na assistência prestada na unidade. Cinco dispuseram-se a participar da pesquisa e manifestaram sua aceitação, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido.

Assim, os sujeitos participantes do estudo foram seis enfermeiras, que formaram o grupo de convergência, entre elas, a enfermeira administrativa, três das quatro enfermeiras assistenciais, incluída a pesquisadora, uma das duas enfermeiras substitutas de folgas da unidade e a coordenadora do serviço de enfermagem do hospital. Com tempo de experiência profissional na unidade variando entre dois e seis anos, o que confere maior credibilidade às inferências engendradas na experiência profissional, realizadas pelas participantes no desenvolvimento da proposta.

Saliente-se que, embora a enfermeira coordenadora não desenvolva suas atividades profissionais diretamente na unidade, considerou-se importante sua participação, pois está envolvida com a assistência prestada na unidade e possui experiência na temática de pesquisa do Processo de Enfermagem. Além disso, levou-se em consideração que a participação das chefias de enfermagem é uma das estratégias apontadas na literatura como facilitadoras à implementação do Processo de enfermagem nas instituições de saúde (ROSSI; CASAGRANDE, 2001; PIVOTO; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2004).

3.4 Procedimentos da coleta dos dados

A metodologia convergente-assistencial não estipula critérios rígidos à seleção dos métodos de obtenção e análise dos dados, podendo ser adotados diferentes métodos para o seu desenvolvimento, desde que conduzidos de modo concomitante com a prática assistencial, primando pela participação dos envolvidos no processo e resultando em melhorias à prática profissional (TRENTINI; PAIM, 1999).

A seguir são apresentados os procedimentos adotados na coleta dos dados, que incluíram: a formação do grupo de convergência, que perfez o desenvolvimento das demais etapas, legitimando-as; adoção do histórico de enfermagem já implementado na unidade de estudo, e pesquisa documental para o levantamento dos dados relevantes identificados em pacientes no pós-cirúrgico cardíaco; estabelecimento de diagnósticos de enfermagem; planejamento de prescrições de enfermagem; elaboração de quatro modelos de prescrições e; incorporação da metodologia de desenvolvimento da evolução de enfermagem na UTI-UPO.

3.4.1 Formação do grupo de convergência

O processo de produção dos dados visou à elaboração de uma proposta de Processo de Enfermagem, contemplando as etapas de histórico, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem, direcionado às especificidades do atendimento prestado aos pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca assistidos na UTI-UPO, com sua legitimação contínua em encontros que utilizaram a técnica de grupo de convergência.

A técnica de grupo de convergência reúne os envolvidos na prática assistencial, num processo que visa à construção participativa de conhecimentos direcionados à prática profissional e à introdução de tecnologias em enfermagem. Esse método tem sido utilizado na enfermagem, principalmente, em processos de implementação de projetos na prática assistencial (TRENTINI; GONÇALVES, 2000).

A formação do grupo de convergência perfez todo o processo de elaboração da proposta de Processo de Enfermagem. Visou a proporcionar a discussão, construção, análise e legitimação do trabalho em desenvolvimento, caracterizando uma construção coletiva e participativa de saberes associada ao fazer profissional.

Foram realizados cinco encontros do grupo de convergência, que deram conta da construção e legitimação da proposta desenvolvida, no período de 27 de junho a 10 de julho de 2008, com duração de duas horas cada. Os horários de realização das reuniões foram acordados, conforme a disponibilidade das participantes e realizados no próprio local de desenvolvimento do estudo.

No primeiro encontro, realizado das 14 às 16 horas do dia 27 de junho de 2008, do

qual participaram quatro enfermeiras, a pesquisadora expôs novamente¹² o objetivo e a metodologia do estudo e enfatizou a importância da construção conjunta da proposta. Os dados relevantes levantados na pesquisa documental foram apresentados às participantes e iniciou-se a discussão referente aos possíveis diagnósticos de enfermagem a serem estabelecidos em pacientes no pós-operatório de cirurgias cardíacas assistidos na unidade, a partir dos dados relevantes expostos e da experiência assistencial diária das participantes.

Ao final do encontro, estabeleceu-se a metodologia de desenvolvimento das reuniões do grupo de convergência, as participantes sugeriram que a pesquisadora elaborasse um material para que servisse de base e o levasse aos encontros para que fosse discutido, aprimorado e legitimado. Pois consideraram que, principiar a discussão a partir de um conteúdo já desenvolvido agilizaria o processo e tornaria os encontros mais produtivos.

Desse modo, nos encontros subsequentes, o material desenvolvido pela pesquisadora foi apresentado para que fosse abordado durante a reunião. O conteúdo a ser discutido em cada encontro foi entregue de forma impressa a cada uma das participantes e disponibilizado no mural de informações da unidade. As alterações realizadas, bem como os acréscimos foram registrados manualmente no material pela pesquisadora que, após, digitalizava-os, preparava novo material a partir do produzido e o levava ao próximo encontro.

No segundo, terceiro e quarto encontros, que foram realizados das 14 às 16 horas dos dias 02, 04, 08 de julho de 2008 na UTI-UPO e contaram com a participação de três, quatro e cinco enfermeiras respectivamente, foram discutidas, elaboradas e legitimadas hipóteses diagnósticas, incluindo suas características definidoras e fatores relacionados ou de risco, e as prescrições de enfermagem tidas como adequadas a cada diagnóstico estabelecido, considerando a realidade local. No quinto encontro do grupo, realizado das 17 às 19 horas do dia 10 de julho de 2008, com participação das seis enfermeiras que se dispuseram a participar da construção, foram elaborados quatro modelos de prescrições de enfermagem, a partir das prescrições estabelecidas anteriormente aos diagnósticos estabelecidos.

Os encontros de convergência foram espaços valiosos de discussão e reflexão da prática profissional das participantes e da assistência prestada na unidade em estudo. Possibilitaram a construção conjunta e legitimação da proposta de Processo de Enfermagem desenvolvida.

¹² Salienta-se que o termo “novamente” é utilizado no sentido de ressaltar que o objetivo e a metodologia do estudo foram explicitados às enfermeiras envolvidas na assistência da UTI-UPO e a coordenadora do serviço de enfermagem desde o início de seu desenvolvimento e ressaltados no convite a participarem dos grupos de convergência.

3.4.2 Histórico de Enfermagem

Como mencionado anteriormente, a proposta de Processo de Enfermagem desenvolvida considerou o formulário de elaboração do histórico de enfermagem já implementado na unidade. Assim, além de incorporado à proposta, o instrumento foi utilizado como fonte dos dados que embasaram o desenvolvimento das demais etapas.

Para o levantamento de dados relevantes, traduzidos em informações que pudessem constituir características definidoras ou fatores relacionados apresentadas por pacientes pós-cirúrgicos assistidos na UTI-UPO, realizou-se *pesquisa documental* nos registros de enfermagem contidos no formulário de admissão pós-operatória e clínica e nas evoluções de enfermagem realizadas, no período em que o paciente permaneceu na unidade, contidos nos prontuários dos pacientes e; nas anotações realizadas no livro de ocorrências de enfermagem.

Optou-se pela pesquisa documental, em virtude desta técnica possibilitar uma abordagem do documento que busca refletir a realidade, por meio do descrito por sujeitos que vivenciaram a experiência (MAY, 2004). Caracteriza-se por acessar documentos que ainda não sofreram alterações analíticas, denominados fontes primárias (GIL, 1994; 2002; MARCONI; LAKATOS, 2006), ou seja, “aqueles materiais que são escritos ou coletados por aqueles que testemunharam de fato os eventos que descrevem” (MAY, 2004, p. 210), o que confere uma maior precisão de representação da realidade, pela proximidade do autor aos acontecimentos.

Desse modo, com a autorização institucional e a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande, solicitou-se junto ao serviço de cirurgia cardíaca do hospital a listagem dos pacientes submetidos a algum tipo de intervenção cirúrgica e consequentemente assistidos na UTI-UPO, num intervalo de 30 dias, compreendido entre 1º e 30 de abril de 2008. A listagem continha 20 registros de pacientes. De posse dessa listagem, solicitou-se junto ao serviço responsável pelos arquivos do hospital, os prontuários dos pacientes listados e; à enfermeira administrativa da UTI-UPO o livro de ocorrências de enfermagem que continha as anotações de enfermagem do período.

Salienta-se que, a opção por consultar os registros de enfermagem referentes a pacientes submetidos a cirurgias cardíacas num intervalo de 30 dias, inicialmente foi experimental. No entanto, julgou-se que as informações produzidas eram representativas da realidade, pois, na percepção das participantes do processo de construção da proposta retratavam as diferentes situações vivenciadas pelo grupo.

Os dados relevantes contidos nesses documentos foram transcritos manualmente, sendo separados em grupos, conforme o dia de pós-operatório a que correspondiam as anotações, resultando em seis grupos: pós-operatório imediato, primeiro, segundo, terceiro, quarto e quinto dias de pós-operatório. Após, foram organizados quadros dos seis grupos, contendo o número de vezes que cada dado foi evidenciado, em relação ao número de pacientes pesquisados.

A distribuição das informações coletadas em grupos visou a demonstrar a semelhança de necessidades de cuidados apresentada entre os pacientes em pós-operatório de cirurgias cardíacas assistidos na UTI-UPO, de modo a justificar a elaboração de modelos de prescrições de enfermagem para os dias de pós-operatório. Salienta-se que a separação em grupos não foi considerada no estabelecimento dos diagnósticos e planejamento das prescrições de enfermagem correspondentes, que compreendem o período pós-operatório de cirurgias cardíacas.

3.4.3 Diagnósticos de Enfermagem

A partir dos dados relevantes coletados, acrescidos da experiência profissional das participantes do estudo, foram formulados possíveis diagnósticos de enfermagem a pacientes em pós-operatório de cirurgias cardíacas, com base na Taxonomia II da NANDA (NANDA, 2008).

Nessa fase de raciocínio e julgamento clínico para o estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem, a vivência prática das situações vivenciadas pelos pacientes em foco foi de suma importância. Possibilitou uma melhor interpretação e complementação dos dados produzidos, além de facilitar o agrupamento e a classificação das características definidoras e identificação dos fatores relacionados.

3.4.4 Prescrições de Enfermagem

Aos diagnósticos de enfermagem estabelecidos, foram planejadas prescrições de enfermagem, visando satisfazer as necessidades afetadas identificadas. Para o planejamento das prescrições, foi realizada consulta na literatura da área e os planos propostos adequados à realidade local (CARPENITO, 2001; DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008; SMELTZER; BARE, 2005).

3.4.5 Modelos de Prescrição de Enfermagem

A partir das prescrições de enfermagem elaboradas aos diagnósticos estabelecidos e com base nos grupos de dados relevantes, segundo o dia de pós-operatório, acrescidos da experiência profissional das participantes, foram elaborados quatro modelos de prescrição de enfermagem. Um primeiro modelo ao paciente pós-operatório recém admitido na UTI-UPO; um segundo, para o primeiro dia de internação na unidade; um terceiro, para o segundo dia, que corresponde à provável alta do setor e; um quarto modelo, para casos em que os pacientes permanecem além do segundo dia no setor. Ressalta-se que, a estes modelos poderão ser acrescentadas ou retiradas intervenções necessárias ou desnecessárias às particularidades de saúde de cada paciente assistido.

A proposta de modelos visa a potencializar a operacionalização da prescrição de enfermagem e conferir maior agilidade à sua elaboração. Além de, pelo fato de terem sido elaborados pelas enfermeiras da unidade, engendradas em sua experiência profissional, objetivou uma maior aceitação e adesão à elaboração da prescrição e implementação do Processo de Enfermagem.

3.4.6 Evolução de Enfermagem

Assim como o histórico, a metodologia de desenvolvimento da evolução de enfermagem na UTI-UPO foi adotada na proposta de Processo de Enfermagem construída, sendo as evoluções desenvolvidas pelas enfermeiras da unidade, igualmente utilizadas como fonte de dados referentes à situação de saúde e evolução clínica dos pacientes em pós-operatório de cirurgias cardíacas, subsidiando o desenvolvimento da proposta como um todo.

3.5 Análise dos dados

A análise dos dados deu-se por meio da apresentação da proposta de Processo de Enfermagem produzida, sustentada por assertivas de autores pertinentes à área do estudo e pela experiência das participantes da pesquisa.

3.6 Questões éticas envolvidas na pesquisa

Buscando atender os critérios éticos, foram observadas as recomendações da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que prescreve a ética na pesquisa com seres humanos (CNS, 1996), primando por questões referentes à instituição, ao Comitê de Ética e Pesquisa e aos participantes. O objetivo e a proposta metodológica da pesquisa foram apresentados à chefia do serviço de enfermagem da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande, sendo solicitada e concedida à autorização institucional, por escrito, para a sua realização (APÊNDICE I). Uma via da autorização foi entregue à responsável, juntamente com cópia do projeto da pesquisa, colocando-me à disposição para possíveis esclarecimentos e comprometendo-me com o retorno dos resultados do estudo, já apresentados.

O projeto¹³ foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande, obtendo parecer favorável a sua realização, sob protocolo número 008/2008 (ANEXO I). As participantes da pesquisa foram esclarecidas dos objetivos e metodologia do estudo, e frente à concordância em participar do estudo, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE II), em duas vias, permanecendo uma em seu poder, sendo ressaltado que, se durante o estudo, sentissem-se impossibilitadas de continuar participando, seria garantido o direito de desistência, sem prejuízos de qualquer natureza.

Considerando que, na elaboração da proposta de Processo de Enfermagem na unidade, não seria enfocado o estado de saúde de um paciente em particular, houve o entendimento de ser desnecessária a solicitação de consentimento, uma vez que as intervenções de enfermagem podem ser aplicadas aos diferentes pacientes em pós-operatório de cirurgias cardíacas que vierem a ser assistidos nesta mesma unidade ou em outras unidades com características semelhantes.

¹³ Quando da submissão o projeto de pesquisa intitulava-se “Processo de enfermagem em Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória Cardiológica: implicações na prática e na valorização profissional da enfermagem”.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresentam-se a seguir os resultados obtidos no desenvolvimento do estudo e a discussão de seus reflexos. Traduzidos na apresentação da proposta de Processo de Enfermagem desenvolvida aos pacientes em pós-operatório de cirurgias cardíacas, constituída das seguintes etapas: histórico de enfermagem validado; diagnósticos de enfermagem estabelecidos; prescrições de enfermagem planejadas; modelos de prescrições de enfermagem elaborados aos dias de pós-operatório de cirurgias cardíacas e; evolução de enfermagem validada.

4.1 Histórico de Enfermagem validado

A proposta de Processo de Enfermagem desenvolvida neste estudo visa a operacionalizar sua implementação na organização, execução e avaliação da assistência desenvolvida na UTI-UPO. Logo, não poderia deixar de considerar os esforços já empreendidos nesse sentido e incorporar as etapas já elaboradas no setor à proposta. O formulário de admissão pós-operatória e clínica apresentado no **quadro 2** e traduzido no instrumento de coleta de dados para o histórico de enfermagem já elaborado na unidade, foi adotado e corresponde à primeira etapa da proposta.

Assim, considerando que o histórico de enfermagem fornece dados ao desenvolvimento das demais etapas do Processo de Enfermagem e que esta fase já é implementada na unidade aos pacientes no período pós-operatório de cirurgias cardíacas, o formulário foi utilizado como fonte dos dados que embasaram as etapas subseqüentes da proposta, juntamente com as evoluções de enfermagem, também contidas nos prontuários dos pacientes pesquisados, e as anotações do livro de ocorrências de enfermagem.

Foi realizada pesquisa documental nos registros de enfermagem referentes a vinte pacientes submetidos a cirurgias cardíacas no período de 1º a 30 de abril de 2008, sendo onze homens e nove mulheres. Com idade entre 43 e 78 anos, sendo um paciente com idade compreendida entre 41 e 50 anos, quatro entre 51 e 60 anos, oito entre 61 e 70 anos e sete entre 71 e 80 anos, prevalecendo a faixa etária com 61 anos ou mais, na qual estavam incluídos 15 dos 20 pacientes que os registros foram pesquisados. Outro estudo que investigou pacientes em pós-operatório de cirurgias cardíacas para o estabelecimento de

diagnósticos de enfermagem, evidenciou igualmente a prevalência da faixa etária idosa (ROCHA; MAIA; SILVA, 2006).

Quadro 2 – Formulário de admissão pós-operatória e clínica da Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória Cardiológica do Hospital de Cardiologia e Oncologia Dr. Pedro Bertoni. Rio Grande – RS, 2008

 HOSPITAL DE CARDIOLOGIA E ONCOLOGIA Dr. PEDRO BERTONI UTI PÓS-OPERATÓRIA CARDIOLÓGICA ADMISSÃO PÓS-OPERATÓRIA E CLÍNICA	
I-IDENTIFICAÇÃO:	
Nome:	Leito: Protocolo:
Data:/...../.....	Hora:
Idade: Sexo: () M () F Cor:	Altura:cm Peso:kg IMC:
Procedência: () ACSCRG () HU FURG () Emergência ()	
Outros:.....	
Cidade:	
II- DADOS DO TRANS-OPERATÓRIO	
PAM: () Radial () braquial () Femural	
Acesso venoso periférico: () MS..... () outros:	
Acesso venoso central: () Subclávia () Jugular () Outros:.....	
Drogas: () NTG () Dopamina () NPS () Noradrenalina () Outras:	
VAC:ml	
KCL:ml/h	
III- MOTIVO DA INTERNAÇÃO	
Clínico: () IAM () Angina () ICC () EAP () Insuf. Respiratória () Outros:.....	
Cirúrgico: () CRM () Valvular () CIA () Dissecção de AO () Outros:	
Cardiologia Intervencionista: () CINE () ACTP () Outros:	
IV- HISTÓRIA PRÉ-INTERNAÇÃO	
() Etilista	() AVC
() Tabagista	() IAM
() HAS	() DM
() Dislipidemia	() Alergia:
() Arritmia	() Outros:
V- AVALIAÇÃO NA INTERNAÇÃO	
-Sinais vitais: Tax.....°C FC.....b/min FR.....mrpm PA/PAM..... mmhg PVC.....cmH ₂ O	
HGT.....mg/dl FiO ₂%	
-Níveis de Consciência: () Consciente orientado	
() Consciente desorientado	
() Inconsciente	
() Efeito Anestésico	
() Efeito sedativo	
-Scope: () ECG- Regular () ECG- Irregular	
-Pulso: MsSs () Presente () Diminuído () Ausente	
MsIs () Presente () Diminuído () Ausente	
-Edema: () Sim () Não () Discreto Local:	
-Pele: () Coradas () Hipocorada () Ictérica () Cianótica () Umida () Seca () Outra:.....	
-Extremidades: () Aquecidas () Frias () Cianóticas	
-Abdome: () Normal () Flácido () Distendido () Globoso	
() Ruídos hidroaéreos presentes () Ruídos hidroaéreos ausentes	
() Outros:	
-Diurese: () Espontânea () c/ SVD	
() Anúria () Hematuria () Oligúria () Outros:..... Volume.....ml	

-**Eliminações intestinal:** () Presentes () Ausentes () Pastosa () Líquida () Outro:.....
 Frequência p/dia:.....

-**Drenagem:** SNG.....ml
 Mediastino.....ml
 Pleural.....ml
 Portovac.....ml

-**Marca TOT na comissura labial:** CUFF:.....cmH₂O

-**Ausculat pulmonar:** () Normal () Alterada

-**Vias aéreas:** () TOT () Traqueostomia () Cateter Nasal () Máscara de venturi
 () Ventilação mecânica () Ayre () CPAP () Espontânea

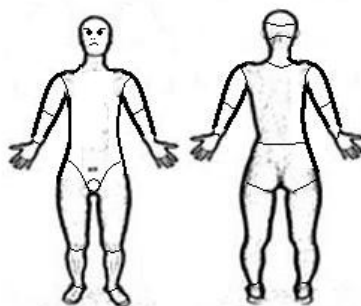
-**Respiração:** () Eupnéico () Dispnéico () Taquipnéico () Bradpnéico () Tosse () Outros:.....

-**Sondas e cateteres:** () SNG () SNE () SVD () PAM () CAE () BIAO () Marca-passo () Swan-ganz
 () Intracath () Mono/Duplólúmen () Introdutor () Flebotomia () Abocath local.....

-**Drenos:** () Mediastino () Pleural..... () Portovac () Abdominal () Outros:.....

-**Drogas:** NTG.....ml/h Dopamina.....ml/h NPS..... ml/h Noradrenalina..... ml/h KCL..... ml/h
 Transamin.....ml/h Insulina Regular..... ml/h Outras:.....

-**Lesões/Incisões/Curativos**



VI- Evolução de Enfermagem na Admissão

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Enfº

COREN-RS.....

Os procedimentos cirúrgicos a que foram submetidos incluem: revascularização do miocárdio em 16 dos pacientes pesquisados, sendo duas destas acrescidas de endarterectomia da carótida direita; implante de prótese mitral em dois pacientes, sendo uma destas acrescida de atrioseptoplastia; implante de prótese aórtica metálica em um paciente e; plastia da válvula mitral em um paciente. Destes, um foi submetido a mediastinotomia por complicação pós-operatória.

Referente à evolução pós-operatória na unidade, dos vinte pacientes, um foi a óbito, no 1º dia de pós-operatório. Três receberam alta da unidade no 2º dia de pós-operatório, dez no 3º dia, quatro no 4º dia e dois no 5º dia de pós-operatório.

Foram identificados 58 dados relevantes, apresentados no **quadro 3**. Estas informações passaram a constituir as possíveis características definidoras e fatores relacionados ou de risco das hipóteses diagnósticas, ou a fornecer pilar científico para que, com base na experiência profissional das participantes e na literatura da área, esses fossem estabelecidos. Assim, nem todas as características definidoras e os fatores relacionados ou de risco constituem dados relevantes identificados, estes foram igualmente estabelecidos a partir da experiência clínica das participantes, visto que alguns acontecimentos, em virtude de não haver um método padrão de registro, acabam não sendo documentados.

Quadro 3 – Dados relevantes identificados em pacientes no pós-operatório de cirurgias cardíacas. Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória Cardiológica. Hospital de Cardiologia e Oncologia Dr. Pedro Berton. Rio Grande - RS, 2008.

Coma anestésico	Retirado acesso venoso central
Sedação induzida	Catéter de Schilley
Acordado	Acesso venoso periférico
Sonolento	Retirado acesso venoso periférico
Ansioso	Puncionado acesso venoso periférico
Confuso	Acesso arterial
Pouco responsivo	Retirado acesso arterial
Desorientado	Controle de pressão venosa central
Agitado	Suspensão controle da pressão venosa central
Relato de dor	Cateter de átrio esquerdo
Taquicardia	Cateter de balão intraórtico
Bradicardia	Gerador de marcapasso provisório conectado
Extrassístoles	Dreno de mediastino
Fibrilação atrial	Retirado dreno de mediastino
Hipertensão	Dreno pleural
Hipotensão	Retirado dreno pleural
Hipertermia	Dreno de portovac
Hipotermia	Retirado dreno de portovac
Hiperglicemia	Sangramento por drenos aumentado
Hipoglicemia	Presença de coágulos em drenagens
Hipocorado	Sonda vesical de demora
Perfusão periférica comprometida	Retirada sonda vesical de demora
Tosse produtiva	Diurese espontânea
Dispneia	Olúria
Ausculta pulmonar alterada	Anúria
Tubo endotraqueal	Realizado banho de leito
Oxigenioterapia por cateter nasal	Realizado curativos
Sonda nasogástrica	Ferida operatória sangrante
Acesso venoso central	Sentado no leito

Algumas das informações, que podem parecer desnecessárias ou inoportunas, como menções à retirada de dispositivos ou punções de acessos venosos, no contexto, objetivam traçar a evolução do quadro do paciente na unidade. As informações foram organizadas em

quadros, contendo os dados relevantes evidenciados nos diferentes dias de pós-operatório e o número de vezes com que se manifestaram em relação à quantidade de pacientes pesquisados, o que possibilitou apontar similaridades apresentadas e embasou o desenvolvimento de uma das etapas da proposta desenvolvida, ou seja, dos modelos de prescrições de enfermagem aos diferentes dias de pós-operatório.

No **quadro 4**, apresentam-se os dados relevantes apresentados pelos pacientes e identificados nas anotações de enfermagem pesquisadas concernentes ao período pós-operatório imediato e a incidência de cada dado, em relação aos vinte pacientes dos quais os registros foram investigados. Salienta-se que as informações obtidas a partir do formulário de coletas de dados foram alocadas neste grupo, visto que o instrumento é preenchido na admissão do paciente na UTI-UPO.

Foram levantados 39 dados relevantes. Destes, nove foram evidenciados em todos os pacientes, três em mais da metade e os outros 27 em menos da metade dos pacientes. Uma vez que se objetivou o reconhecimento das necessidades afetadas em profundidade e extensão, de modo que a proposta de Processo de Enfermagem desenvolvida possuísse uma abrangência significativa, todos os dados foram considerados, independentemente da incidência com que foram evidenciados.

Quadro 4 – Dados relevantes evidenciados em pacientes no pós-operatório imediato de cirurgias cardíacas. Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória Cardiológica. Hospital de Cardiologia e Oncologia Pedro Berton. Rio Grande – RS, abril de 2008.

Dados relevantes no POI	N
Coma anestésico	20
Tubo endotraqueal	20
Dreno de mediastino	20
Acesso venoso periférico	20
Acesso arterial	20
Controle de pressão venosa central	20
Sonda nasogástrica	20
Acesso venoso central	20
Sonda vesical de demora	20
Acordado	19
Oxigenioterapia por cateter nasal	18
Hiperglicemia	11
Taquicardia	07
Hipertensão	06
Bradicardia	05
Hipocorado	05
Gerador de marcapasso provisório conectado	05
Sangramento por drenos aumentado	05
Fibrilação atrial	03
Hipertermia	03
Perfusão periférica comprometida	03
Dreno pleural	03
Relato de dor	03

Sonolento	02
Extrassístoles	02
Hipotensão	02
Ausculata pulmonar alterada	02
Dreno de portovac	02
Sedação induzida	02
Olíguria	02
Desorientado	01
Presença de coágulos em drenagens	01
Agitado	01
Hipotermia	01
Hipoglicemia	01
Catéter de Schilley	01
Cateter de átrio esquerdo	01
Cateter de balão intraórtico	01
Anúria	01

No **quadro 5**, estão listados os dados relevantes e o número de vezes que foram evidenciados nos registros referentes ao 1º dia de pós-operatório dos 20 pacientes que os registros foram consultados. Totalizaram 43 dados, dos quais cinco estavam presentes em mais da metade dos pacientes que os documentos foram consultados e os demais apresentaram frequência inferior à metade.

Treze dos dados relevantes produzidos não estavam presentes no período pós-operatório imediato, a saber: confuso; pouco responsivo; tosse produtiva; dispnéia; retirado acesso venoso periférico; retirado acesso arterial; suspenso controle da pressão venosa central; retirado dreno de portovac; retirada sonda vesical de demora; diurese espontânea; realizado banho de leito; realizado curativos e; ferida operatória (FO) sangrante. Os dados inéditos retratam cuidados de enfermagem comumente realizados no 1º PO, que incluem a retirada do punção venosa periférica e a arterial, a suspensão do controle da pressão venosa central, a realização do banho de leito e dos curativos, os demais caracterizam peculiaridades apresentadas por alguns pacientes.

Quadro 5 – Dados relevantes evidenciados em pacientes no primeiro dia de pós-operatório de cirurgias cardíacas. Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória Cardiológica. Hospital de Cardiologia e Oncologia Pedro Berton. Rio Grande – RS, abril de 2008.

Dados relevantes no 1ºPO	N
Acesso venoso central	20
Acesso venoso periférico	20
Acesso arterial	20
Controle de pressão venosa central	20
Dreno de mediastino	20
Sonda vesical de demora	20
Acordado	19
Oxigenioterapia por cateter nasal	19
Realizado banho de leito	19
Realizado curativos	19
Suspenso controle da pressão venosa central	18
Retirado acesso venoso periférico	16

Retirado acesso arterial	15
Taquicardia	08
Hipertensão	07
Relato de dor	06
Hipertermia	05
Hiperglicemia	05
Sonolento	04
Hipotensão	04
Olíúria	04
Hipocorado	03
Gerador de marcapasso provisório conectado	03
Dreno pleural	03
Ferida operatória sangrante	03
Dispneia	02
Tubo endotraqueal	02
Sonda nasogástrica	02
Dreno de portovac	02
Retirado dreno de portovac	02
Sedação induzida	01
Confuso	01
Pouco responsivo	01
Fibrilação atrial	01
Hipoglicemia	01
Perfusão periférica comprometida	01
Tosse produtiva	01
Catéter de Schilley	01
Cateter de átrio esquerdo	01
Cateter de balão intraórtico	01
Retirada sonda vesical de demora	01
Diurese espontânea	01
Anúria	01

O **quadro 6** retrata os dados relevantes identificados e a incidência com que foram evidenciados nos registros referentes ao 2º dia de pós-operatório. Neste período, o número de pacientes cujos documentos foram consultados diminuiu para 19, pois um dos pacientes evoluiu ao óbito no 1º PO. Foram levantados 28 dados, dos quais oito foram identificados em mais da metade dos pacientes que os registros foram consultados.

Dos 28 dados relevantes identificados, cinco ainda não tinham sido identificados nos registros referentes ao POI e ao 1º PO: 1) retirado acesso venoso central; 2) puncionado acesso venoso periférico; 3) retirado dreno de mediastino; 4) retirado dreno pleural; 5) sentado no leito. Analisando os dados novos, pode-se inferir que sua aparição está relacionada à evolução comumente apresentada pelos pacientes pós-cirúrgicos assistidos na unidade. A partir do 2º PO, estes são sentados no leito para retirada dos drenos, os cateteres são removidos e o paciente começa a ser preparado para a transferência da unidade.

Quadro 6 – Dados relevantes evidenciados em pacientes no segundo dia de pós-operatório de cirurgias cardíacas. Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória Cardiológica. Hospital de Cardiologia e Oncologia Pedro Berton. Rio Grande – RS, abril de 2008.

Dados relevantes no 2ºPO	N
Acordado	19
Realizado banho de leito	19
Realizado curativos	19
Retirado dreno de mediastino	17
Sentado no leito	17
Acesso venoso central	13
Sonda vesical de demora	13
Oxigenioterapia por cateter nasal	11
Relato de dor	06
Retirado acesso venoso central	06
Puncionado acesso venoso periférico	06
Retirada sonda vesical de demora	05
Sonolento	04
Retirado acesso arterial	04
Olíuria	04
Fibrilação atrial	03
Hipertermia	03
Diurese espontânea	03
Taquicardia	02
Hipotensão	02
Retirado acesso venoso periférico	02
Dreno de mediastino	02
Dreno pleural	02
Hipertensão	01
Acesso venoso periférico	01
Controle de pressão venosa central	01
Retirado dreno pleural	01
Ferida operatória sangrante	01

No **quadro 7**, está apresentada a incidência dos dados relevantes evidenciados nos registros referentes ao 3º dia de pós-operatório. Neste período, o número de pacientes dos quais os documentos foram consultados diminuiu para 16, pois três pacientes receberam alta da UTI-UPO no 2º PO, sendo transferidos para uma das unidades de internação do hospital. Foram identificados 26 dados, dos quais seis foram identificados na metade ou mais dos pesquisados. E apenas o dado relevante “ansioso” ainda não havia sido identificado.

Quadro 7 – Dados relevantes evidenciados em pacientes no terceiro dia de pós-operatório de cirurgias cardíacas. Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória Cardiológica. Hospital de Cardiologia e Oncologia Pedro Berton. Rio Grande – RS, abril de 2008.

Dados relevantes no 3ºPO	N
Acordado	16
Realizado banho de leito	16
Realizado curativos	16
Retirada sonda vesical de demora	09
Retirado acesso venoso central	08
Puncionado acesso venoso periférico	08
Acesso venoso central	05
Sonda vesical de demora	04

Diurese espontânea	04
Relato de dor	03
Hipertensão	03
Acesso venoso periférico	03
Sentado no leito	03
Ansioso	02
Hiperglicemia	02
Oxigenioterapia por cateter nasal	02
Retirado dreno de mediastino	02
Retirado dreno pleural	02
Olúria	02
Sonolento	01
Taquicardia	01
Fibrilação atrial	01
Hipotensão	01
Retirado acesso venoso periférico	01
Controle de pressão venosa central	01
Ferida operatória sangrante	01

No **quadro 8**, enumeram-se os dados relevantes identificados nos registros referentes ao 4º dia de pós-operatório e a incidência com que se manifestaram. Neste período, o número de pacientes cujos documentos foram consultados diminuiu para 6, pois 10 pacientes receberam alta da UTI-UPO no 3º PO. Foram levantados 15 dados, todos já identificados previamente, e seis desses presentes em mais da metade dos pacientes que os documentos foram pesquisados.

Quadro 8 – Dados relevantes evidenciados em pacientes no quarto dia de pós-operatório de cirurgias cardíacas. Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória Cardiológica. Hospital de Cardiologia e Oncologia Pedro Berton. Rio Grande – RS, abril de 2008.

Dados relevantes no 4ºPO	N
Acordado	06
Realizado banho de leito	06
Realizado curativos	06
Retirado acesso venoso central	04
Puncionado acesso venoso periférico	04
Retirada sonda vesical de demora	03
Diurese espontânea	03
Hipertensão	02
Ansioso	01
Hipotensão	01
Hiperglicemia	01
Acesso venoso central	01
Acesso venoso periférico	01
Sonda vesical de demora	01
Olúria	01

No **quadro 9**, estão listados os dados relevantes identificados nos registros referentes ao 5º dia de pós-operatório e a frequência com que foram evidenciados. Neste período, o número de pacientes dos quais os documentos foram consultados diminuiu para 2, pois 4 pacientes foram transferidos para uma das unidades de internação do hospital no 4º PO. Foram levantados 7 dados, todos já identificados previamente e a maioria presente nos dois

pacientes que os registros foram consultados. Infere-se que os dois pacientes que ainda permaneciam na unidade receberam alta da UTI-UPO no 5ºPO.

Quadro 9 – Dados relevantes evidenciados em pacientes no quinto dia de pós-operatório de cirurgias cardíacas. Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória Cardiológica. Hospital de Cardiologia e Oncologia Pedro Berton. Rio Grande – RS, abril de 2008.

Dados relevantes no 5ºPO	N
Acordado	02
Retirado acesso venoso central	02
Puncionado acesso venoso periférico	02
Realizado banho de leito	02
Realizado curativos	02
Retirada sonda vesical de demora	01
Diurese espontânea	01

O levantamento dos dados relevantes possibilitou traçar um perfil das necessidades afetadas manifestadas pelos pacientes pós-operatórios de cirurgias cardíacas, embasando o desenvolvimento dos diagnósticos e prescrições de enfermagem, por retratarem as necessidades de assistência de enfermagem requeridas por esses pacientes.

A organização das informações, conforme o dia de pós-operatório a que correspondiam, além de justificar e demonstrar a aplicabilidade dos modelos de prescrições de enfermagem aos dias de pós-operatório, pela evidencia das similaridades apresentadas, serviu de base ao desenvolvimento dos quatro modelos. A semelhança dos dados relevantes identificados nos registros referentes ao 3º, 4º e 5º dia de pós-operatório, onde não foram identificadas novas informações além das já manifestadas, engendrou o desenvolvimento de um quarto modelo de prescrição único ao 3º PO e aos dias subsequentes.

A pesquisa documental, para o levantamento dos dados relevantes evidenciados em pacientes no pós-operatório de cirurgias cardíacas assistidos na UTI-UPO, nas anotações de enfermeiras que acompanharam estes pacientes desde a admissão no setor até a alta, mostrou-se uma maneira eficaz de representação da realidade, pois consistem em documentos escritos durante o desenvolvimento dos fatos e por sujeitos que vivenciaram os acontecimentos.

Infere-se que, possivelmente, alguns dados e alterações apresentadas pelos pacientes deixaram de ser registrados. A exemplo de hipotensão no POI evidenciada em dois dos pacientes, ao passo que a experiência profissional permite afirmar que a maioria apresenta esta alteração, ou hipotermia relatada em um dos pacientes no POI, por sofrerem resfriamento, durante o procedimento cirúrgico, a maioria apresenta diminuição da temperatura corporal imediatamente após a cirurgia.

A possível ausência de algumas informações referentes ao estado de saúde dos pacientes nos registros de enfermagem pode ser atribuída ao fato de não haver um roteiro

sistematizado para a elaboração da evolução de enfermagem na unidade e, desse modo, cada enfermeira registra as informações que julga pertinentes. Acontece que, em virtude da já reconhecida exigüidade de tempo para o desenvolvimento de suas atividades e o acúmulo de responsabilidades, por vezes, a enfermeira acaba deixando de registrar alterações importantes.

O instrumento de coleta de dados utilizado na unidade contempla as necessidades psicobiológicas, as necessidades psicossociais identificadas são fruto das evoluções de enfermagem ou das anotações realizadas no livro de ocorrências de enfermagem. As necessidades psicoespirituais não foram observadas, mostrando a necessidade de uma futura reestruturação do formulário de elaboração do histórico de enfermagem, de modo a contemplar a identificação sistematizada de todas as necessidades afetadas dos indivíduos.

4.1.2 Diagnósticos de Enfermagem estabelecidos

A partir dos dados relevantes coletados e considerando a experiência profissional das enfermeiras que participaram do grupo de convergência foram estabelecidos 15 diagnósticos de enfermagem para pacientes no período pós-operatório de cirurgias cardíacas, segundo a classificação da NANDA II (NANDA, 2008).

No **quadro 10**, apresentam-se os diagnósticos de enfermagem estabelecidos: troca de gases prejudicada; desobstrução ineficaz de vias aéreas; insônia; mobilidade no leito prejudicada; integridade da pele prejudicada; risco de infecção; hipotermia; hipertermia; débito cardíaco diminuído; risco de desequilíbrio do volume de líquidos; perfusão tissular renal ineficaz; risco de glicemia instável; dor aguda; ansiedade e; comunicação verbal prejudicada, distribuídos segundo a necessidade humana básica a que correspondem. Observa-se que majoritariamente os diagnósticos de enfermagem estabelecidos contemplam as necessidades psicobiológicas, dois direcionam-se às psicossociais e as necessidades psicoespirituais não foram contempladas.

A predominância de diagnósticos direcionados às necessidades psicobiológicas pode ser justificada pelo fato de que, na recuperação pós-operatória, o indivíduo procura satisfazer primeiramente suas necessidades de sobrevivência (GALDEANO; ROSSI; PEZZUTO, 2004). As necessidades psicoespirituais também não foram contempladas em outros estudos que estabeleceram diagnósticos aos pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca (GALDEANO et al, 2006; ROCHA; MAIA; SILVA, 2006).

Quadro 10 – Relação entre os diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes em pós-operatório de cirurgias cardíacas e as Necessidades Humanas Básicas. Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória cardiológica. Hospital de Cardiologia e Oncologia Pedro Bertoni. Rio Grande – RS, 2008.

Necessidades Psicobiológicas	Diagnósticos de Enfermagem
Oxigenação	Troca de gases prejudicada Desobstrução ineficaz de vias aéreas
Sono e Repouso	Insônia
Motilidade	Mobilidade no leito prejudicada
Integridade cutâneo-mucosa	Integridade da pele prejudicada
Integridade física	Risco de infecção
Regulação: térmica	Hipotermia Hipertermia
Regulação: vascular	Débito cardíaco diminuído Risco de desequilíbrio do volume de líquidos Perfusão tissular renal ineficaz
Regulação: hormonal	Risco de glicemia instável
Percepção: dolorosa	Dor aguda
Necessidades Psicossociais	Diagnósticos de Enfermagem
Segurança	Ansiedade
Comunicação	Comunicação verbal prejudicada

No entanto, acredita-se que, embora em menor escala, as necessidades psicossociais, identificadas neste estudo, e psicoespirituais dos indivíduos encontram-se afetadas em um período tão invasivo e representativo quanto este. O que justifica a necessidade de reestruturação do instrumento de coleta de dados utilizado na unidade e elaboração de um roteiro de evolução de enfermagem, apontados neste estudo, visando à percepção integral do ser humano.

Os resultados obtidos neste estudo coincidem com os dados apresentados por outros autores. Estudo que buscou identificar possíveis diagnósticos de enfermagem, segundo a taxonomia II da NANDA, em pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca de revascularização do miocárdio, apontou 19 diagnósticos, entre os quais sete também foram identificados neste estudo, a saber, risco para infecção; integridade da pele prejudicada; ansiedade; desobstrução ineficaz das vias áreas; dor aguda; troca de gases prejudicada e; comunicação verbal prejudicada (ROCHA; MAIA; SILVA, 2006). Excetuando a categoria diagnóstica ansiedade e acrescentando a de risco de desequilíbrio do volume de líquidos, esses mesmos diagnósticos foram identificados para o pós-operatório imediato em pesquisa que identificou diagnósticos de enfermagem de pacientes no perioperatório de cirurgias cardíacas (GALDEANO et al, 2006).

Smeltzer e Bare (2006) incluem os diagnósticos de enfermagem: débito cardíaco diminuído, troca de gases prejudicada, risco de desequilíbrio do volume de líquidos, dor aguda e perfusão tissular renal ineficaz, entre os principais identificados em pacientes no pós-operatório de cirurgias cardíacas. A seguir, apresentam-se as possíveis características definidoras e fatores relacionados aos diagnósticos de enfermagem elaborados, estabelecidos a partir dos dados relevantes e da experiência no raciocínio e julgamento clínico das participantes.

Apresentam-se, no **quadro 11**, os fatores relacionados e as características definidoras que fundamentaram o estabelecimento do enunciado diagnóstico troca de gases prejudicada. A identificação deste diagnóstico nos pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca vem a corroborar evidências de outros estudos (GALDEANO et al, 2006; ROCHA; MAIA; SILVA, 2006).

O diagnóstico de enfermagem troca de gases prejudicada, definido pela NANDA (2008, p.275) como “excesso ou déficit na oxigenação e/ou na eliminação de dióxido de carbono na membrana alveolocapilar” apresentou como fatores relacionados a intervenção cirúrgica e o desequilíbrio na ventilação-perfusão. E como características definidoras: alteração na frequência, ritmo e profundidade respiratória; dispnéia; taquicardia; alteração na coloração da pele e; sonolência.

Ocorre que, durante o transoperatório, o paciente é induzido ao coma anestésico e à parada cardíaca, e a oxigenação e o bombeamento sanguíneo são artificiais, consequentemente, o paciente perde a capacidade de respirar espontaneamente, necessitando de ventilação mecânica, até o restabelecimento da respiração espontânea (GALDEANO et al, 2006). O desmame lento da ventilação mecânica acontece no pós-operatório, o que requer uma avaliação constante do padrão respiratório do paciente.

Quadro 11 – Fatores relacionados e características definidoras que fundamentam o diagnóstico de enfermagem troca de gases prejudicada identificado em pacientes em pós-operatório de cirurgias cardíacas. Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória cardiológica. Hospital de Cardiologia e Oncologia Pedro Berton. Rio Grande – RS, 2008.

Diagnóstico de Enfermagem	Fatores Relacionados	Características Definidoras
Troca de gases prejudicada	Intervenção cirúrgica Desequilíbrio na ventilação-perfusão	Alteração na frequência, ritmo e profundidade respiratória Dispnéia Taquicardia Alteração na coloração da pele Sonolência

O diagnóstico desobstrução ineficaz de vias aéreas é definido como a “incapacidade de eliminar secreções ou obstruções do trato respiratório para manter uma via aérea

desobstruída” (NANDA, 2008, p.104). A identificação desta categoria diagnóstica é reiterada em outros estudos que identificaram diagnósticos aos pacientes no pós-operatório de cirurgias cardíacas (GALDEANO et al, 2006; ROCHA; MAIA; SILVA, 2006).

Esse diagnóstico costuma ser evidenciado principalmente durante o pós-operatório imediato, quando o paciente ainda está dependente de uma via aérea artificial e necessita ser aspirado para a remoção das secreções traqueobrônquicas. Os fatores relacionados estabelecidos foram via aérea artificial e imobilidade no leito e as características definidoras incluem frequência e ritmo respiratórios alterados e ruídos respiratórios adventícios, apresentados no **quadro 12**.

Quadro 12 – Fatores relacionados e características definidoras que fundamentam o diagnóstico de enfermagem desobstrução ineficaz de vias aéreas identificado em pacientes em pós-operatório de cirurgias cardíacas. Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória cardiológica. Hospital de Cardiologia e Oncologia Pedro Berton. Rio Grande – RS, 2008.

Diagnóstico de Enfermagem	Fatores Relacionados	Características Definidoras
Desobstrução ineficaz de vias aéreas	Via aérea artificial Imobilidade no leito	Frequência e ritmo respiratórios alterados Ruídos respiratórios adventícios

O diagnóstico de enfermagem insônia é definido como um “distúrbio na quantidade e na qualidade do sono que prejudica o funcionamento normal de uma pessoa” (NANDA, 2008, p.170), possíveis fatores relacionados e características definidoras que fundamentaram seu estabelecimento estão apresentados no **quadro 13**.

Quadro 13 – Fatores relacionados e características definidoras que fundamentam o diagnóstico de enfermagem insônia identificado em pacientes em pós-operatório de cirurgias cardíacas. Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória cardiológica. Hospital de Cardiologia e Oncologia Pedro Berton. Rio Grande – RS, 2008.

Diagnóstico de Enfermagem	Fatores Relacionados	Características Definidoras
Insônia	Hospitalização Ruídos do ambiente Dor Ansiedade	Sonolência Paciente relata não ter dormido bem

Galdeano, Rossi e Pezzuto (2004) comentam que a dificuldade de dormir é um relato comum nas hospitalizações, as autoras identificaram diagnósticos de pacientes no pré-operatório de cirurgias cardíacas e 52,9% dos pacientes pesquisados apresentaram tal dificuldade. A insônia parece estar relacionada: à hospitalização, e consequentemente uma mudança de ambiente, além da preocupação com o estado de saúde; aos ruídos inerentes do ambiente; a ansiedade, decorrente do ambiente estranho e dos problemas de saúde e; a dor, ocasionada pelo trauma cirúrgico, pela isquemia miocárdica ou pela imobilidade no leito

(GALDEANO; ROSSI; PEZZUTO, 2004; GALDEANO et al, 2006; ROCHA; MAIA; SILVA, 2006). E pode ser evidenciada pela sonolência do paciente e pelo relato de não ter dormido bem.

Os possíveis fatores relacionados e características definidoras do diagnóstico de enfermagem mobilidade no leito prejudicada estão descritos no **quadro 14**. Definido como uma “limitação para movimentar-se de forma independente de uma posição para outra no leito” (NANDA, 2008, p.192), este diagnóstico pode estar relacionado à restrição no leito decorrente do procedimento cirúrgico, à presença dos drenos que restringe a movimentação do corpo e à dor ao movimentar-se. As características definidoras incluem a restrição imposta dos movimentos em decorrência do trauma cirúrgico e dos drenos e; a capacidade prejudicada de virar-se de um lado para o outro.

Em decorrência da incisão torácica após a cirurgia o paciente é orientado a não firmar os membros superiores, pelo risco de deiscência do esterno, o que dificulta sua mobilização. Além disso, enquanto permanece com os drenos de mediastino e pleural o paciente necessita permanecer em decúbito dorsal.

Quadro 14 – Fatores relacionados e características definidoras que fundamentam o diagnóstico de enfermagem mobilidade no leito prejudicada identificado em pacientes em pós-operatório de cirurgias cardíacas. Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória cardiológica. Hospital de Cardiologia e Oncologia Pedro Berton. Rio Grande – RS, 2008.

Diagnóstico de Enfermagem	Fatores Relacionados	Características Definidoras
Mobilidade no leito prejudicada	Procedimento cirúrgico Drenos Dor	Restrição imposta dos movimentos por trauma cirúrgico e drenos Capacidade prejudicada de virar-se de um lado para o outro

O diagnóstico de enfermagem integridade da pele prejudicada, definido como a alteração da epiderme e/ou derme (NANDA, 2008), é comumente evidenciado em pacientes no pós-operatório de cirurgias cardíacas. Rocha, Maia e Silva (2006) identificaram este diagnóstico na maioria dos pacientes pós-operatórios de cirurgias cardíacas pesquisados, apontando, assim como, na presente investigação, o trauma cirúrgico como fator relacionado. Acrescenta-se ainda, a alteração na continuidade da pele ocasionada pelas punções venosas e arteriais. E aponta-se como característica definidora os procedimentos invasivos presentes no paciente, apresentados no **quadro 15**.

Quadro 15 – Fatores relacionados e características definidoras que fundamentam o diagnóstico de enfermagem integridade da pele prejudicada identificado em pacientes em pós-operatório de cirurgias cardíacas. Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória cardiológica. Hospital de Cardiologia e Oncologia Pedro Bertoni. Rio Grande – RS, 2008.

Diagnóstico de Enfermagem	Fator Relacionado	Característica Definidora
Integridade da pele prejudicada	Injúria física (trauma cirúrgico, punções venosas e arteriais)	Procedimentos invasivos

No **quadro 16**, estão apresentados os possíveis fatores de risco relacionados ao diagnóstico de enfermagem risco de infecção, conceituado como um “risco aumentado de ser invadido por organismos patogênicos” (NANDA, 2008, p.169).

Risco de infecção é um diagnóstico bastante comum em pacientes no pós-operatório de cirurgias cardíacas, pela relação de causalidade com o traumatismo cirúrgico e os procedimentos invasivos, inerentes a tal intervenção cirúrgica. Estudos relatam a incidência deste diagnóstico em 100% dos pacientes pós-operatórios cardíacos pesquisados (GALDEANO et al, 2006; ROCHA; MAIA; SILVA, 2006).

Quadro 16 – Fatores de risco que fundamentam o diagnóstico de enfermagem risco de infecção identificado em pacientes em pós-operatório de cirurgias cardíacas. Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória cardiológica. Hospital de Cardiologia e Oncologia Pedro Bertoni. Rio Grande – RS, 2008.

Diagnóstico de Enfermagem	Fatores de Risco
Risco de Infecção	Defesa primária inadequada (traumatismo cirúrgico) Procedimentos invasivos (entubação endotraqueal, sondagem nasogástrica, punção venosa central e periférica, punção arterial, acesso para cateter de schilley, acesso arterial para balão intraórtico, cateter de atrio esquerdo, drenos de mediastino, tórax e de portovac, sondagem vesical de demora).

No **quadro 17**, enumeram-se os possíveis fatores relacionados e características definidoras do diagnóstico de enfermagem hipotermia, definido como uma “temperatura corporal abaixo dos parâmetros normais” (NANDA, 2008, p.151).

A hipotermia, comumente apresentada por pacientes pós-operatórios de cirurgias cardíacas após o término do procedimento cirúrgico, decorre da indução à hipotermia no transoperatório, que visa à diminuição das demandas metabólicas, durante a circulação extra-corpórea (SMELTZER; BARE, 2006; GALDEANO et al, 2006). E demanda medidas imediatas de aquecimento do paciente, assim que admitido na UTI-UPO.

Nos registros pesquisados, evidenciou-se uma baixa incidência das características definidoras que levam ao estabelecimento desse diagnóstico, acredita-se que está relacionada à transitoriedade dessa manifestação. O organismo tende a responder positivamente às medidas de aquecimento, e a temperatura corporal é rapidamente restabelecida. Decorre que,

em virtude de ser uma alteração temporária e reiterada, acaba passando despercebida e deixa de ser registrada.

Quadro 17 – Fatores relacionados e características definidoras que fundamentam o diagnóstico de enfermagem hipotermia identificado em pacientes em pós-operatório de cirurgias cardíacas. Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória cardiológica. Hospital de Cardiologia e Oncologia Pedro Berton. Rio Grande – RS, 2008.

Diagnóstico de Enfermagem	Fatores Relacionados	Características Definidoras
Hipotermia	Exposição à baixa temperatura da sala cirúrgica Indução a hipotermia durante a circulação extra-corpórea Trauma cirúrgico Infusão parenteral de líquidos frios Drogas vasodilatadoras	Temperatura corporal inferior a 36°C Pele fria Tremores

Enumeram-se no **quadro 18** os possíveis fatores relacionados e características definidoras do diagnóstico de enfermagem hipertermia, definido como uma “temperatura corporal elevada acima dos parâmetros normais” (NANDA, 2008, p.150).

A hipertermia é um diagnóstico comum após a cirurgia cardíaca, e pode estar relacionada ao traumatismo cirúrgico e à presença de dispositivos invasivos que aumentam a predisposição à infecção.

Quadro 18 – Fatores relacionados e características definidoras que fundamentam o diagnóstico de enfermagem hipertermia identificado em pacientes em pós-operatório de cirurgias cardíacas. Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória cardiológica. Hospital de Cardiologia e Oncologia Pedro Berton. Rio Grande – RS, 2008.

Diagnóstico de Enfermagem	Fatores Relacionados	Características Definidoras
Hipertermia	Trauma cirúrgico Dispositivos invasivos	Temperatura corporal superior a 37,5°C Pele quente Sudorese

Os fatores relacionados e as características definidoras propostos para o diagnóstico débito cardíaco diminuído, definido pela NANDA (2008, p.90-1) como uma “quantidade insuficiente de sangue bombeado pelo coração para atender às demandas metabólicas corporais”, estão listados no **quadro 19**.

A alteração no débito cardíaco é comum em pacientes submetidos a cirurgias cardíacas, em decorrência da perda sanguínea, inevitável em um procedimento de tal dimensão, e/ou da função miocárdica comprometida, pela cardiopatia prévia e manipulação cirúrgica. Variações no débito cardíaco podem ser identificadas por monitorização da frequência e ritmos cardíacos, por mensurações da pressão arterial, venosa central e de átrio esquerdo e por observações clínicas (SMELTZER; BARE, 2005).

As possíveis características definidoras apontadas para o diagnóstico débito cardíaco diminuído incluem: hipotensão; frequência cardíaca alterada; arritmias; pressão venosa central alterada; pressão do átrio esquerdo alterada; perfusão periférica prejudicada; alterações no aspecto e coloração da pele e; oligúria.

Quadro 19 – Fatores relacionados e características definidoras que fundamentam o diagnóstico de enfermagem débito cardíaco diminuído identificado em pacientes em pós-operatório de cirurgias cardíacas. Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória cardiológica. Hospital de Cardiologia e Oncologia Pedro Berton. Rio Grande – RS, 2008.

Diagnóstico de Enfermagem	Fatores Relacionados	Características Definidoras
Débito cardíaco diminuído	Perda sanguínea Função miocárdica comprometida	Hipotensão Frequência cardíaca alterada Arritmias PVC alterada PAE alterada Perfusão periférica prejudicada Alterações no aspecto e coloração da pele Oligúria

O **quadro 20** retrata os possíveis fatores de risco para o diagnóstico de enfermagem risco de desequilíbrio do volume de líquidos, definido como um “risco de diminuição, aumento ou rápida mudança de uma localização para outra do líquido intravascular, intersticial e/ou intercelular”, em outras palavras “refere-se à perda, ao ganho, ou a ambos, dos líquidos corporais” (NANDA, 2008, p.287).

Este diagnóstico pode ser estabelecido para a totalidade dos pacientes submetidos a cirurgias cardíacas, visto que, está relacionado a alterações no volume de líquidos decorrentes da intervenção cirúrgica e/ou das perdas por cateteres e drenos. Assertiva corroborada por Galdeano et al (2006) que evidenciou este diagnóstico em todos os pacientes pós-cirúrgicos investigados. Na unidade de desenvolvimento deste estudo, todos os líquidos, incluindo os componentes sanguíneos, administrados e eliminados são registrados minuciosamente, visando ao controle do volume de líquidos.

Quadro 20 – Fatores de risco que fundamentam o diagnóstico de enfermagem risco de desequilíbrio do volume de líquidos identificado em pacientes em pós-operatório de cirurgias cardíacas. Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória cardiológica. Hospital de Cardiologia e Oncologia Pedro Berton. Rio Grande – RS, 2008.

Diagnóstico de Enfermagem	Fatores de Risco
Risco de desequilíbrio do volume de líquidos	Intervenção cirúrgica Perdas por cateteres e drenos

No **quadro 21**, são apresentados fatores relacionados e características definidoras do diagnóstico de enfermagem perfusão tissular renal ineficaz, traduzido em uma “diminuição na

oxigenação, [que resulta] na incapacidade de nutrir os tecidos no nível capilar” (NANDA, 2008, p.229).

Este diagnóstico está relacionado com o de débito cardíaco diminuído, pois a função renal está relacionada com a cardíaca, logo, se esta se encontra prejudicada, aquela também sofrerá as conseqüências (SMELTZER; BARE, 2006). Resulta de uma perfusão sanguínea renal inadequada e alterações no volume e aspecto da diurese representam as características definidoras apontadas neste estudo.

Quadro 21 – Fatores relacionados e características definidoras que fundamentam o diagnóstico de enfermagem perfusão tissular renal ineficaz identificado em pacientes em pós-operatório de cirurgias cardíacas. Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória cardiológica. Hospital de Cardiologia e Oncologia Pedro Bertoni. Rio Grande – RS, 2008.

Diagnóstico de Enfermagem	Fator Relacionado	Características Definidoras
Perfusão tissular renal ineficaz	Débito cardíaco diminuído	Anúria Olíguria Hematúria

No **quadro 22**, é possível visualizar fatores de risco para o diagnóstico risco de glicemia instável, entendido como “risco de variação nos níveis de glicose/ açúcar no sangue em relação aos parâmetros normais” (NANDA, 2008, p.148). Na recuperação pós-operatória, as alterações na glicemia sanguínea são comuns, principalmente elevações, e decorrem, além da patologia crônica, das alterações metabólicas ocasionadas pelo trauma cirúrgico.

Quadro 22 – Fatores de risco que fundamentam o diagnóstico de enfermagem risco de glicemia instável identificado em pacientes em pós-operatório de cirurgias cardíacas. Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória cardiológica. Hospital de Cardiologia e Oncologia Pedro Bertoni. Rio Grande – RS, 2008.

Diagnóstico de Enfermagem	Fatores de Risco
Risco de glicemia instável	Diabetes mellitus Trauma cirúrgico

No **quadro 23**, visualiza-se o diagnóstico dor aguda, definido como uma “experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão” (NANDA, 2008, p.111). Este diagnóstico é bastante comum em pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca. Estudo que também elaborou diagnósticos de enfermagem a pacientes no período pós-operatório de cirurgias cardíacas evidenciou-o em 59,1% dos pacientes pesquisados (ROCHA; MAIA; SILVA, 2006).

Esse diagnóstico pode estar relacionado à injúria física decorrente do trauma cirúrgico, da entubação endotraqueal, da irritação causada pelos drenos torácicos e/ou da isquemia miocárdica, à imobilidade no leito imposta pela restrição de movimentos após a cirurgia.

Rocha, Maia e Silva (2006) apontam como característica definidora a expressão facial de dor, a qual se acrescenta a contratura muscular e o relato verbal de dor. A queixa de dor do paciente deve ser investigada, visto que pode ser de origem traumática ou isquemia, ocasionada pela constrição das artérias coronárias, que reduz o fluxo sanguíneo, sendo a abordagem diferenciada nos dois casos.

Quadro 23 – Fatores relacionados e características definidoras que fundamentam o diagnóstico de enfermagem dor aguda identificado em pacientes em pós-operatório de cirurgias cardíacas. Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória cardiológica. Hospital de Cardiologia e Oncologia Pedro Berton. Rio Grande – RS, 2008.

Diagnóstico de Enfermagem	Fatores Relacionados	Características Definidoras
Dor Aguda	Injúria física (trauma cirúrgico, trauma por entubação endotraqueal, drenos torácicos, isquemia miocárdica) Imobilidade no leito	Relato verbal Expressão facial Contração muscular

No **quadro 24**, expõem-se os fatores relacionados e as características definidoras que podem levar ao estabelecimento do diagnóstico de enfermagem ansiedade, definido como um “vago e incômodo sentimento de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autonômica” (NANDA, 2008, p.32).

A ansiedade pode estar relacionada: à hospitalização, devido à mudança de ambiente, ao distanciamento da família e ao estereotipo impresso às unidades de tratamento intensivo (ROCHA; MAIA; SILVA, 2006); à alteração no estado de saúde; com incertezas referentes à recuperação após a cirurgias e à possibilidade de manutenção das atividades cotidianas; ao pós-operatório; à impossibilidade de expressar-se verbalmente, relacionada à utilização do tubo endotraqueal, especialmente no momento em que o efeito anestésico começa a passar e o paciente acorda sem saber se a cirurgia acabou e onde está e; a dependência para a realização de atividades banais.

Submeter-se a uma intervenção cirúrgica cardíaca amedronta qualquer indivíduo, o coração é um órgão indispensável ao funcionamento do organismo e, neste tipo de cirurgia, seu desempenho está em risco. Assim, a ansiedade é um sentimento comumente experimentado por pacientes cirúrgicos, que pode influenciar diretamente na recuperação pós-operatória (VARGAS; MAIA; DANTAS, 2006).

O que torna relevante a identificação e abordagem dos sentimentos dos pacientes desde o pré-operatório, com orientações e esclarecimentos referentes ao trans e ao pós-operatório, que tendem a reduzir a ansiedade dos pacientes, além de facilitar sua recuperação (VARGAS; MAIA; DANTAS, 2006). Além disso, no pós-operatório, a assistência de

enfermagem necessita ter uma abordagem integral, atendendo as complicações pós-cirúrgicas e oferecendo suporte emocional e psicológico ao paciente e familiares.

Quadro 24 – Fatores relacionados e características definidoras que fundamentam o diagnóstico de enfermagem ansiedade identificado em pacientes em pós-operatório de cirurgias cardíacas. Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória cardiológica. Hospital de Cardiologia e Oncologia Pedro Berton. Rio Grande – RS, 2008.

Diagnóstico de Enfermagem	Fatores Relacionados	Características Definidoras
Ansiedade	Hospitalização Alteração no estado de saúde Pós-operatório Impossibilidade de expressar-se verbalmente Dependência	Relato de ansiedade Insônia Agitação Nervosismo Palpitações Choro

O diagnóstico de enfermagem comunicação verbal prejudicada, conceituado pela NANDA (2008, p.61) como “habilidade diminuída, retardada ou ausente para receber, processar, transmitir e usar um sistema de símbolos”, por estar relacionado à entubação endotraqueal, como apresentado no **quadro 25**, pode ser estabelecido para todos os pacientes submetidos a cirurgias cardíacas, pela indução ao coma anestésico no transoperatório (GALDEANO et al, 2006; ROCHA; MAIA; SILVA, 2006).

Quadro 25 – Fatores relacionados e características definidoras que fundamentam o diagnóstico de enfermagem comunicação verbal prejudicada identificado em pacientes em pós-operatório de cirurgias cardíacas. Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória cardiológica. Hospital de Cardiologia e Oncologia Pedro Berton. Rio Grande – RS, 2008.

Diagnóstico de Enfermagem	Fatores Relacionados	Características Definidoras
Comunicação verbal prejudicada	Entubação endotraquel	Impossibilidade de expressar-se verbalmente

Os dados relevantes levantados mostraram-se representativos das necessidades afetadas dos pacientes no pós-operatório de cirurgias cardíacas e da realidade da assistência prestada na UTI-UPO. Possibilitaram, quando aliados à experiência profissional das participantes, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem comumente apresentados por esses pacientes. Os dados relevantes e a experiência profissional demonstraram uma relação de complementaridade, conferindo uma riqueza de informações, talvez não atingida se considerados separadamente.

A identificação de diagnósticos de enfermagem comumente apresentados por pacientes no pós-operatório de cirurgias cardíacas permite um direcionamento da assistência de enfermagem, por possibilitar um reconhecimento prévio das necessidades manifestadas por esses pacientes, e fornece subsídios para o estabelecimento de intervenções de enfermagem fundamentadas e adequadas às necessidades individuais.

4.1.3 Prescrições de Enfermagem planejadas

Subseqüentemente à identificação dos diagnósticos, procedeu-se à elaboração de prescrições de enfermagem correlatas. Para o estabelecimento de cuidados de enfermagem adequados, realizou-se uma busca na bibliografia da área (CARPENITO, 2001; DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008; SMELTZER; BARE, 2005) e, aos planos propostos pelos autores, imprimiu-se a experiência profissional das participantes, direcionando as ações às peculiaridades da assistência prestada na unidade aos pacientes no pós-operatório de cirurgias cardíacas.

No **quadro 26**, apresentam-se as prescrições de enfermagem elaboradas e os diagnósticos a que estão relacionadas. As prescrições foram planejadas ao período pós-operatório de cirurgias cardíacas, cabendo à enfermeira, quando da elaboração da prescrição a determinado paciente, adequá-la às particularidades apresentadas e ao dia de pós-operatório em que esse se encontra.

Alguns exemplos do caráter amplo das prescrições estabelecidas são as atividades de enfermagem: *esvaziar coletor de diurese, registrar volume e observar coloração de 1/1h – 6/6h; registrar volume de drenagens de 1/1h – 6/6h; mensurar PVC 1/1h – 4/4h – 6/6h; mensurar PAE 1/1h – 4/4h – 6/6h*, nas quais os diferentes intervalos de realização dos cuidados retratam a rotina estabelecida na unidade, nos diferentes dias de pós-operatório. No POI, a diurese e as drenagens, a pressão venosa central e a do átrio esquerdo são mensuradas a cada hora; a partir do 1ºPO, a diurese e as drenagens a cada seis horas e as pressões venosa central e do átrio esquerdo a cada quatro ou seis horas, conforme o quadro clínico do paciente. Desse modo, conforme o dia de pós-operatório do paciente a que se destina a prescrição, a enfermeira irá optar por um dos intervalos.

Outras intervenções aplicam-se a dias específicos de pós-operatório, visto que, como mencionado anteriormente, as evoluções pós-operatórias dos pacientes na unidade assemelham-se e a assistência de enfermagem segue uma rotina pré-estabelecida, embora respeite as individualidades. Os cuidados: *evitar troca de curativo oclusivo da incisão cirúrgica nas primeiras 24 horas de pós-operatório e; registrar sinais vitais de 15/15min*, comumente, são prescritos no POI; *realizar reeducação de esfíncter urinário*, indicado a partir do 1ºPO; *avaliar incisão cirúrgica para suspensão de curativo oclusivo*, a ser considerado a partir do 3ºPO.

Algumas vezes, a enfermeira irá prescrever para casos específicos como, quando o paciente estiver com cateter de átrio esquerdo: *mensurar PAE 1/1h – 4/4h – 6/6; manter irrigação de cateter de AE com SF 0,9% 10ml/h; em uso de balão intra-aórtico: monitorar continuamente traçado cardíaco e curva de pressão arterial no console do BIAO, comunicando alterações à enfermeira; manter permeabilidade de cateter de BIAO com flush; adotar medida de aquecimento periférico do membro de inserção do BIAO, com dreno de portovac: esvaziar frasco de dreno de portovac e restituir vácuo conforme prescrição médica (CPM); dependente de marcapasso provisório: observar fixação e funcionamento do gerador de MPP.*

O estabelecimento de possíveis intervenções não visa a normatizar o planejamento da assistência, mas oferecer suporte científico e auxiliar a enfermeira nas tomadas de decisão. A enfermeira poderá adotar parcialmente ou não adotar as prescrições sugeridas, de acordo com seu raciocínio e julgamento clínico.

Quadro 26 – Prescrições de enfermagem correlatas aos diagnósticos de enfermagem estabelecidos. Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória cardiológica. Hospital de Cardiologia e Oncologia Pedro Berton. Rio Grande – RS, 2008.

Diagnósticos de enfermagem	Prescrições de Enfermagem
Troca de gases prejudicada	Monitorar frequência respiratória; Monitorar e registrar oximetria de pulso 15/15min – conforme rotina; Monitorar dependência de oxigenioterapia; Monitorar resposta ao desmame ventilatório; Verificar pressão do <i>cuff</i> 1x dia; Observar referência em centímetros do TOT; Mudar localização do TOT 1x dia; Mudar fixação do TOT 1x turno e se necessário (S/N); Aspirar com técnica asséptica secreções traqueobrônquicas antes da extubação;
Desobstrução ineficaz de vias aéreas	Aspirar com técnica asséptica secreções traqueobrônquicas; Estimular tosse e expectoração de secreções; Orientar o uso do travesseiro para proteção do esterno no PO; Estimular mobilização do leito;
Insônia	Reduzir ruídos ambientais; Manter luminosidade adequada no período de sono; Organizar os procedimentos, diminuindo perturbações durante o sono; Adotar medidas de alívio da dor;
Mobilidade no leito prejudicada	Mobilizar o paciente conforme possibilidade; Usar colchão piramidal; Sentar o paciente no leito; Auxiliar o paciente a sair do leito; Questionar presença de dor; Observar descontinuidade da pele durante a mobilização;
Integridade da pele prejudicada	Inspecionar incisões cirúrgicas, inserções de cateteres, drenos e descontinuidade da pele; Observar sangramento em incisão cirúrgica, na presença demarcar e comunicar a enfermeira; Atentar para presença de hematomas, hiperemia, sinais flogísticos e seroma, na presença comunicar a enfermeira;

Risco de Infecção	Realizar banho de leito; Inspecionar incisões cirúrgicas, inserções de cateteres e drenos; Realizar curativos com técnica asséptica em ferida operatória (FO) e inserções de cateteres; Controlar nutrição; Trocar punções e dispositivos conforme validade; Evitar troca de curativo oclusivo da incisão cirúrgica nas primeiras 24 horas de pós-operatório; Avaliar incisão cirúrgica para suspensão de curativo oclusivo;
Hipotermia	Aquecer paciente com uso de cobertores; Aquecer paciente com manta térmica; Aquecer soluções intravenosas; Providenciar aquecimento do ambiente (ar condicionado); Monitorar temperatura corporal continuamente e registrar conforme rotina; Verificar temperatura corporal conforme rotina e S/N;
Hipertermia	Descobrir o paciente; Aplicar compressas frias; Realizar banho de leito frio; Verificar temperatura corporal conforme rotina e S/N; Registrar temperatura corporal 15/15 min; Administrar anti-térmico conforme prescrição médica;
Débito cardíaco diminuído	Registrar SV de 15/15min; Monitorar SV continuamente; Verificar SV conforme rotina e S/N; Monitorar ritmo cardíaco, comunicando alterações; Mensurar PVC 1/1h – 4/4h – 6/6h; Mensurar PAE 1/1h – 4/4h – 6/6h; Manter irrigação de cateter de AE com SF 0,9% 10ml/h Manter permeabilidade de cateter de PAM com flush; Monitorar continuamente traçado cardíaco e curva de pressão arterial no console do BIAO, comunicando alterações a enfermeira; Manter permeabilidade de cateter de BIAO com flush; Adotar medida de aquecimento periférico do membro de inserção do BIAO; Observar fixação e funcionamento do gerador de MPP; Observar alterações na pele (aspecto, coloração); Registrar volume de drenagens 1/1h – 6/6h; Ordenhar drenos e observar presença de coágulos; Observar sangramento em incisões cirúrgicas, inserção de cateteres e orifícios; Esvaziar coletor de diurese, registrar volume e observar coloração de 1/1h – 6/6h;
Risco de desequilíbrio do volume de líquidos	Registrar SV de 15/15min; Verificar SV conforme rotina e S/N; Mensurar PVC 1/1h – 4/4h – 6/6h; Mensurar PAE 1/1h – 4/4h – 6/6h; Realizar balanço hídrico 6/6h Registrar volume de drenagens de 1/1h – 6/6h; Registrar volume administrado de 1/1h – 6/6h; Esvaziar frasco coletor de drenos e trocar selo d'água 1x dia e S/N; Esvaziar frasco de dreno de portovac e restituir vácuo conforme prescrição médica (CPM); Esvaziar coletor de diurese e registrar volume, observando coloração de 1/1h – 6/6h; Realizar reeducação de esfíncter urinário; Oferecer papagaio ou comadre para diurese espontânea e mensurar volume ao desprezar; Esvaziar coletor de refluxo gástrico e registrar volume, observando aspecto de 6/6h; Testar SNG na admissão;

Perfusão tissular renal ineficaz	Registrar SV de 15/15min; Verificar SV conforme rotina e S/N; Realizar balanço hídrico 6/6h Esvaziar coletor de diurese, registrar volume e observar coloração de 1/1h – 6/6h; Testar permeabilidade do cateter vesical; Monitorar os resultados laboratoriais de uréia e creatinina séricas;
Risco de glicemia instável	Monitorar sinais e sintomas de hiperglicemia: poliúria, polidipsia, fraqueza, visão embaçada, cefaléia; Monitorar sinais e sintomas de hipoglicemia: tremor, visão embaçada, taquicardia, palpitações, palidez, náusea, cefaléia, sonolência, fraqueza, confusão, tontura, desmaio; Monitorar glicemia sanguínea 1/1h – 4/4h – 6/6h; Administrar insulina CPM; Administrar glicose hipertônica CPM;
Dor aguda	Atentar para relato verbal e expressão facial de dor; Observar contratura muscular; Monitorar alterações nos SV; Questionar presença de dor e registrar a natureza, localização e intensidade da dor; Administrar analgésico CPM; Mobilizar o paciente conforme possibilidade; Relacionar dor aguda à crônica;
Ansiedade	Informar término da cirurgia, quando paciente acordar; Situar o paciente no ambiente e quanto sua dependência de cuidados; Assegurar a presença contínua de um membro da equipe de enfermagem; Explicar os procedimentos ao serem realizados; Administrar medicamentos para reduzir ansiedade CPM;
Comunicação verbal prejudicada	Orientar comunicação por gestos

4.1.4 Modelos de Prescrições de Enfermagem elaborados aos dias de pós-operatório de cirurgias cardíacas

A semelhança da evolução pós-operatória dos pacientes submetidos à intervenção cirúrgica cardiológica, assistidos na UTI-UPO, corroborada no estabelecimento dos grupos de dados relevantes, segundo o dia de pós-operatório, constituiu a base da proposta de desenvolvimento de modelos de prescrições de enfermagem aos diferentes dias de pós-operatório.

Para a elaboração dos modelos, os cuidados de enfermagem das diferentes prescrições planejadas foram agrupados, segundo suas similaridades, e sintetizados em uma atividade representativa única, considerando as peculiaridades dos diferentes dias de pós-operatório manifestas nos grupos de dados relevantes estabelecidos. De acordo com o dia de pós-cirúrgico e a experiência das enfermeiras participantes, alguns cuidados foram adequados à rotina da assistência de enfermagem ao dia pós-operatório ou excluídos, caso não se aplicassem.

As similaridades das intervenções supracitadas podem ser exemplificadas por cuidados referentes a sinais vitais; medidas de aquecimento ou resfriamento do paciente; de controle da glicemia sanguínea; de ações frente à dor; entre outras, que podem ser visualizadas no apêndice III, no qual se expõem o agrupamento das intervenções provenientes das prescrições estabelecidas, as atividades representativas já direcionadas ao dia de pós-operatório do modelo elaborado e as intervenções que não se aplicam ao dia do modelo.

Nos **quadros 27, 28, 29 e 30**, apresentam-se os modelos de prescrições de enfermagem elaborados, respectivamente, ao pós-operatório imediato, ao 1º dia de pós-operatório, ao 2º dia e ao 3º e demais dias de pós-operatório em que o paciente permanecer na UTI-UPO.

Os modelos de prescrições de enfermagem elaborados comportam prováveis cuidados necessários ao atendimento do paciente pós-operatório, planejados com base na experiência profissional das participantes na assistência a esses pacientes, corroborada pelos grupos de dados relevantes, segundo o dia de pós-operatório. Ao avaliar as necessidades individuais do paciente, a enfermeira poderá suprimir ações que não se aplicam ou acrescentar cuidados necessários, podendo utilizar-se das prescrições planejadas aos diagnósticos estabelecidos.

Quadro 27 – Modelo de prescrição de enfermagem ao paciente no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca. Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória Cardiológica. Hospital de Cardiologia e Oncologia Dr. Pedro Bertoni. Rio Grande - RS, 2008.

UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO MODELO DE PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM AO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO (POI) DE CIRURGIA CARDÍACA	
1.	Monitorar SV e oximetria de pulso continuamente, registrando de 15/15min e comunicando alterações a enfermeira;
2.	Monitorar ritmo cardíaco, comunicando alterações;
3.	Se hipotermia, providenciar aquecimento com manta térmica;
4.	Se hipertermia, descobrir o paciente e administrar anti-térmico conforme orientação;
5.	Mensurar e registrar PVC e PAE 1/1h;
6.	Manter irrigação de cateter de AE com SF 0,9% 10ml/h;
7.	Monitorar continuamente traçado cardíaco e curva de pressão arterial no console do BIAO, comunicando alterações a enfermeira;
8.	Adotar medida de aquecimento periférico do membro de inserção do BIAO;
9.	Manter permeabilidade de cateteres de PAM e de BIAO com flush;
10.	Controlar glicemia CPM e comunicar alterações a enfermeira;
11.	Observar fixação e funcionamento do gerador MPP no início e término do turno;
12.	Observar palidez, sudorese, cianose em mucosas e periferia e rush cutâneo e comunicar alterações à enfermeira;
13.	Observar referência em centímetros do TOT e verificar pressão do <i>cuff</i> na admissão;
14.	Testar SNG na admissão;
15.	Ordenhar drenos, observar presença de coágulos e registrar drenagem de 1/1h;
16.	Registrar volumes administrados de 1/1h;
17.	Esvaziar coletor de diurese e registrar volume, observando coloração de 1/1h;
18.	Esvaziar coletor de refluxo gástrico e registrar volume, observando aspecto de 6/6h;
19.	Quando paciente acordar, situá-lo, informar término da cirurgia e presença contínua de um membro da equipe de enfermagem;

20. Explicar os procedimentos ao serem realizados;
21. Se paciente em uso de TOT, orientar comunicação por gestos;
22. Atentar para relato verbal, expressão facial e outros sinais (contratura muscular) de presença de dor;
23. Questionar presença de dor e registrar natureza, localização e intensidade, adotando medidas de alívio e administrando analgésico conforme orientação;
24. Observar sangramento em FO, inserção de cateteres e orifícios, na presença demarcar e comunicar a enfermeira;
25. Evitar troca de curativo oclusivo da FO nas primeiras 24h de PO;
26. Atentar para locais de descontinuidade da pele, presença de hematomas, hiperemia, sinais flogísticos e seroma, comunicando a enfermeira;
27. Mudar fixação do TOT 1x turno e S/N;
28. Aspirar com técnica asséptica secreções traqueobrônquicas quando necessário (Q/N) e antes da extubação;
29. Monitorar resposta ao desmame ventilatório; comunicando alterações à enfermeira;
30. Monitorar dependência de oxigenioterapia;
31. Oferecer sorvete e água conforme aceitação, após extubação;
32. Orientar o uso do travesseiro para proteção do esterno no PO;
33. Estimular tosse e expectoração de secreções;
34. Proporcionar sono e repouso adequados, reduzindo ruídos ambientais, mantendo luminosidade adequada e organizando os procedimentos, de modo a diminuir perturbações;
35. Esvaziar frasco coletor de drenos e trocar selo d'água 1x dia e S/N;
36. Esvaziar frasco de dreno de portovac e restituir vácuo CPM;
37. Realizar balanço hídrico 6/6h;

Quadro 28 – Modelo de prescrição de enfermagem ao paciente no 1º dia de pós-operatório de cirurgia cardíaca. Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória Cardiológica. Hospital de Cardiologia e Oncologia Dr. Pedro Bertoni. Rio Grande - RS, 2008.

UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO MODELO DE PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM AO 1º DIA DE PÓS-OPERATÓRIO (1º PO) DE CIRURGIA CARDÍACA	
1. Verificar SV (atentar para ritmo cardíaco) e oximetria de pulso conforme rotina e S/N, comunicando alterações a enfermeira; 2. Monitorar dependência de oxigenioterapia; 3. Mensurar e registrar PVC e PAE CPM; 4. Manter irrigação de cateter de AE com SF 0,9% 10ml/h 5. Monitorar continuamente traçado cardíaco e curva de pressão arterial no console do BIAO, comunicando alterações à enfermeira; 6. Manter medida de aquecimento periférico do membro de inserção do BIAO; 7. Manter permeabilidade de cateteres de PAM e de BIAO com flush; 8. Controlar glicemia CPM e comunicar alterações a enfermeira; 9. Observar fixação e funcionamento do gerador MPP no início e término do turno; 10. Observar palidez, sudorese, cianose em mucosas e periferia e rush cutâneo e comunicar alterações à enfermeira; 11. Explicar os procedimentos ao serem realizados; 12. Se relato verbal ou expressão facial e corporal de dor, questionar e registrar natureza, localização e intensidade, adotando medidas de alívio e administrando analgésico conforme orientação; 13. Oferecer dieta conforme aceitação; 14. Realizar banho de leito 1x dia; 15. Atentar para locais de descontinuidade da pele, presença de hematomas, hiperemia, sinais flogísticos e seroma, comunicando a enfermeira; 16. Realizar curativos com técnica asséptica em feridas operatórias e inserções de cateteres 1x dia e S/N; 17. Inspeccionar sangramento e demais alterações em incisões cirúrgicas, inserções de cateteres e drenos, na presença comunicar a enfermeira; 18. Manter o uso do travesseiro para proteção do esterno no PO; 19. Estimular tosse e expectoração de secreções; 20. Proporcionar sono e repouso adequados, reduzindo ruídos ambientais, mantendo luminosidade adequada e organizando os procedimentos, de modo a diminuir perturbações;	

21. Ordenhar drenos, observar presença de coágulos e registrar drenagem de 6/6h;
22. Registrar volumes administrados de 6/6h;
23. Esvaziar frasco coletor de drenos e trocar selo d'água 1x dia e S/N;
24. Esvaziar frasco de dreno de portovac e restituir vácuo CPM;
25. Esvaziar coletor de diurese, registrar volume e observar coloração de 6/6h;
26. Iniciar reeducação de esfíncter urinário de 3/3h às 21h, desclampeando antes se solicitação do paciente;
27. Realizar balanço hídrico 6/6h;

Quadro 29 – Modelo de prescrição de enfermagem ao paciente no 2º dia de pós-operatório de cirurgia cardíaca. Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória Cardiológica. Hospital de Cardiologia e Oncologia Dr. Pedro Bertoni. Rio Grande - RS, 2008.

UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO MODELO DE PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM AO 2º DIA DE PÓS-OPERATÓRIO (2ºPO) DE CIRURGIA CARDÍACA	
1. Verificar SV (atentar para ritmo cardíaco) e oximetria de pulso conforme rotina e S/N, comunicando alterações a enfermeira; 2. Monitorar dependência de oxigenioterapia; 3. Monitorar continuamente traçado cardíaco e curva de pressão arterial no console do BIAO, comunicando alterações a enfermeira; 4. Manter medida de aquecimento periférico do membro de inserção do BIAO; 5. Manter permeabilidade de cateteres de PAM e de BIAO com flush; 6. Controlar glicemia CPM e comunicar alterações a enfermeira; 7. Observar fixação e funcionamento do gerador MPP no início e término do turno; 8. Explicar os procedimentos ao serem realizados; 9. Questionar presença de dor e registrar natureza, localização e intensidade, comunicando a enfermeira; 10. Oferecer dieta conforme aceitação; 11. Realizar banho de leito 1x dia; 12. Atentar para locais de descontinuidade da pele, presença de hematomas, hiperemia, sinais flogísticos e seroma, comunicando a enfermeira; 13. Realizar curativos com técnica asséptica em feridas operatórias e inserções de cateteres 1x dia e S/N, atentando para presença de sangramento e demais alterações, comunicando a enfermeira; 14. Trocar punções e dispositivos conforme validade; 15. Manter o uso do travesseiro para proteção do esterno no PO; 16. Estimular tosse e expectoração de secreções; 17. Sentar paciente no leito; 18. Ordenhar drenos, observar presença de coágulos e registrar drenagem de 6/6h; 19. Registrar volumes administrados de 6/6h; 20. Esvaziar frasco coletor de drenos e trocar selo d'água 1x dia e S/N; 21. Esvaziar coletor de diurese e registrar volume, observando coloração de 6/6h; 22. Manter reeducação de esfíncter urinário de 3/3h, desclampeando antes se solicitação do paciente; 23. Se diurese espontânea, oferecer papagaio ou comadre e mensurar diurese ao desprezar; 24. Realizar balanço hídrico 6/6h; 25. Proporcionar sono e repouso adequados, reduzindo ruídos ambientais, mantendo luminosidade adequada e organizando os procedimentos, de modo a diminuir perturbações;	

Quadro 30 – Modelo de prescrição de enfermagem ao paciente no e a partir do 3º dia de pós-operatório de cirurgia cardíaca. Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória Cardiológica. Hospital de Cardiologia e Oncologia Dr. Pedro Bertoni. Rio Grande - RS, 2008.

UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO MODELO DE PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM AO E A PARTIR DO 3º DIA DE PÓS-OPERATÓRIO (3ºPO) DE CIRURGIA CARDÍACA	
1. Verificar SV (atentar para ritmo cardíaco) e oximetria de pulso conforme rotina e S/N, comunicando alterações a enfermeira; 2. Monitorar dependência de oxigenioterapia;	

3. Controlar glicemia CPM e comunicar alterações a enfermeira;
4. Questionar presença de dor e registrar natureza, localização e intensidade, comunicando a enfermeira;
5. Explicar os procedimentos ao serem realizados;
6. Oferecer dieta conforme aceitação;
7. Realizar banho de leito 1x dia;
8. Atentar para locais de descontinuidade da pele, presença de hematomas, hiperemia, sinais flogísticos e seroma, comunicando a enfermeira;
9. Realizar curativos com técnica asséptica em feridas operatórias e inserções de cateteres 1x dia e S/N, atentando para presença de sangramento e demais alterações, comunicando a enfermeira;
10. Avaliar incisão cirúrgica para suspensão de curativo oclusivo;
11. Trocar punções e dispositivos conforme validade;
12. Manter o uso do travesseiro para proteção do esterno no PO;
13. Sentar paciente no leito e auxiliá-lo a sair do mesmo;
14. Registrar volumes administrados de 6/6h;
15. Esvaziar coletor de diurese e registrar volume, observando coloração de 6/6h;
16. Manter reeducação de esfíncter urinário de 3/3h, desclampeando antes se solicitação do paciente;
17. Oferecer papagaio ou comadre e mensurar diurese ao desprezar;
18. Realizar balanço hídrico 6/6h;
19. Proporcionar sono e repouso adequados, reduzindo ruídos ambientais, mantendo luminosidade adequada e organizando os procedimentos, de modo a diminuir perturbações;

4.1.5 Evolução de Enfermagem validada

Incorporou-se à proposta elaborada a metodologia de desenvolvimento da evolução de enfermagem já adotada na unidade, por considerá-la adequada e condizente com o aconselhado na literatura. Visto que, essa é elaborada diariamente no prontuário do paciente, possibilita o acompanhamento das alterações apresentadas pelo paciente e a identificação de novas necessidades afetadas; na transferência do paciente da unidade, seja para outra instituição ou para outra unidade do hospital e; em casos de óbito.

No entanto, na pesquisa documental, as evoluções elaboradas pelas enfermeiras da unidade, embora tenham oferecido informações relevantes da assistência de enfermagem prestada e do quadro clínico dos pacientes e retratado as necessidades psicossociais dos indivíduos, observou-se certa diferenciação no conteúdo dos registros, algumas eram completas e extensas, outras mais sucintas. O que pode demonstrar a necessidade, de em outro momento, quando a aceitação do Processo de Enfermagem na unidade for mais consolidada e sua implementação um fato consumado, da estruturação de um roteiro de elaboração da evolução na unidade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo partiu do pressuposto que implementar o Processo de Enfermagem seria um modo de sistematizar a prática assistencial, para conferir maior visibilidade às ações de enfermagem, valorização à profissão e qualidade à assistência prestada. A proposta de Processo de Enfermagem elaborada para ser implementada junto aos pacientes de pós-operatórios de cirurgias cardíacas na Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória Cardiológica, contemplando o planejamento e os cuidados de enfermagem por escrito, embora já realizados rotineiramente, representa uma possível estratégia para o alcance destas finalidades.

A metodologia convergente-assistencial possibilitou alcançar o objetivo proposto de elaborar, em conjunto com as enfermeiras da Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória Cardiológica, uma proposta de Processo de Enfermagem aos pacientes no pós-operatório de cirurgias cardíacas, mostrando que a soma de esforços na implementação do Processo de Enfermagem é um percurso necessário, para que o planejamento, execução, avaliação e registro do trabalho profissional ocorram de forma sistematizada e as modificações atinjam uma amplitude de mudanças no modo de pensar e fazer a profissão.

A técnica de grupo de convergência possibilitou a legitimação contínua da proposta desenvolvida, que ocorreu paralelamente à sua formação, adequação à realidade local e ao caráter de construção coletiva da proposta, fator facilitador de sua futura implementação na unidade, logo, nas atividades profissionais das participantes. Algumas dificuldades foram encontradas, mas de amplitude insuficiente para inviabilizar a realização do grupo e o andamento dos encontros. A exemplo da incompatibilidade de horários disponíveis para realização dos encontros pelas enfermeiras da unidade, as atividades paralelas, em decorrência das reuniões ocorrerem no local de trabalho, e no horário de trabalho de algumas das participantes e a não participação de todas as enfermeiras envolvidas na assistência prestada na unidade.

Além disso, a incorporação da metodologia de desenvolvimento do histórico e da evolução de enfermagem já adotados na unidade representou meio de legitimar e valorizar o que já vem sendo elaborado, conferindo uma maior identificação das enfermeiras da unidade com a proposta, despertando e intensificando o interesse pela temática e a percepção do Processo de Enfermagem como método de organização da prática profissional, fatores facilitadores de uma futura implementação da proposta.

As informações produzidas na pesquisa documental aos registros de enfermagem contidos no formulário de admissão pós-operatória e clínica, nas evoluções de enfermagem e nas anotações realizadas no livro de ocorrências de enfermagem permitiram o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem condizentes com o perfil de pacientes pós-operatórios cirúrgicos cardíacos. A partir dos diagnósticos e com base na experiência profissional das enfermeiras participantes e na consulta à literatura da área, foi possível o estabelecimento das prescrições de enfermagem, que confluíram para a elaboração dos modelos de prescrições correspondentes aos dias de pós-operatório em que o paciente permanece na unidade estudada.

A proposta de Processo de Enfermagem construída mostrou-se adequada à realidade da assistência de enfermagem prestada na unidade estudada e às necessidades dos pacientes pós-cirúrgicos cardíacos nela atendidos. Pode ser traduzida em uma produção coletiva, fruto da experiência profissional das enfermeiras participantes e da reflexão sustentada cientificamente da prática assistencial, assim, reflete as atividades que já vem sendo realizadas e que acabam, na maior parte das vezes, passando despercebidas, pois carecem de uma forma sistematizada de execução e registro.

Sugere-se a realização de investigações científicas que abordem a caracterização dos pacientes atendidos na unidade e dos submetidos a cirurgias cardíacas, de modo a traçar um perfil dos pacientes assistidos no setor e direcionar adequadamente o planejamento da assistência, visto que, neste estudo, foi possível evidenciar uma prevalência significativa de pacientes idosos, embora em um intervalo de tempo incipiente para delinear um perfil dos pacientes atendidos. Dos registros de enfermagem pesquisados referentes a 20 pacientes no pós-operatório de cirurgias cardíacas, 15 destes possuíam 61 anos ou mais.

Ainda, sugere-se a reestruturação do instrumento de coleta de dados e desenvolvimento de um roteiro de elaboração da evolução de enfermagem. Pois o formulário de admissão pós-operatória e clínica da unidade apresentou algumas fragilidades, dentre as quais, o fato de não contemplar itens investigatórios das necessidades psicossociais e psicoespirituais afetadas dos indivíduos, além das necessidades psicobiológicas de nutrição, sono e repouso, exercício e atividades físicas, sexualidade, abrigo, motilidade, locomoção e ambiente não constarem nos itens investigatórios pontuados. E o conteúdo e profundidade das evoluções de enfermagem pesquisadas diferiram, apontando para a possível necessidade de estruturação de um roteiro de elaboração de evolução de enfermagem na unidade.

As incertezas iniciais, referentes ao percurso a ser percorrido, a melhor forma de conduzir a produção e envolver as demais enfermeiras da unidade foram sendo respondidas

com o decorrer da construção, com respostas algumas vezes subliminares. Perceber que os dados relevantes retrataram nossa experiência profissional promoveu a comprovação científica do já evidenciado empiricamente; estabelecer diagnósticos que refletiam o raciocínio e julgamento clínico realizado diariamente demonstrou a relevância das decisões tomadas; planejar intervenções adequadas foi um meio de refletir as ações estabelecidas cotidianamente e atribuir a elas sustentação teórica; a construção dos modelos de prescrições de enfermagem aos dias de pós-operatório serviu de evidência do quão minucioso e atento é o planejamento e a execução da assistência de enfermagem prestada na unidade e; a formação do grupo de convergência demonstrou a receptividade das enfermeiras da unidade para refletir e discutir sua prática profissional e o interesse em promover melhorias em seu fazer, além da singularidade impressa à experiência de construir coletivamente mudanças no fazer da enfermagem, atrelando-o ao pensar.

O Processo de Enfermagem, como método científico específico de planejamento, execução e avaliação da assistência de enfermagem, ao ser incorporado à prática diária da enfermeira, além de servir de registro das atividades e demonstrar a assistência desenvolvida, mostra-se como um instrumento capaz de atestar e conferir a necessária cientificidade ao fazer profissional. Assim, considerando que direcionar a atenção profissional a temáticas propulsoras de uma maior autonomia e visibilidade das ações da enfermagem pode representar a obtenção de um maior reconhecimento profissional e delimitação dos fazeres e saberes da enfermagem, além da relevância da adoção do Processo de Enfermagem no exercício das atividades profissionais, aspectos motivadores para a realização deste estudo, almejo a implantação e implementação futuras desse método na unidade de desenvolvimento de minhas atividades assistenciais.

Considero que, embora direcionado a um micro-espço determinado, este estudo possa constituir-se no recorte de um processo maior, vindo a assumir um caráter multiplicador, com implicações significativas tanto para a profissão como para o serviço e a clientela assistida. Além de, se implementada, oportunizar a real visualização da viabilidade de elaboração do Processo de Enfermagem e possíveis benefícios aos estudantes da graduação e pós-graduação em enfermagem, enfermeiras assistenciais, dentre outros, reforçando práticas que favoreçam o desenvolvimento, reconhecimento e valorização da profissão.

REFERÊNCIAS

ALFARO-LEFEVRE, Rosalinda. **Aplicação do Processo de Enfermagem: promoção do cuidado colaborativo**. Trad. Regina Garcez. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

ALMEIDA, Miriam de Abreu. Competências e o processo ensino-aprendizagem do diagnóstico de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília/ DF, v. 57, n. 3, p. 279-83, maio/jun., 2004.

AQUINO, Daise Ribeiro. **Construção e Implantação da prescrição de Enfermagem Informatizada em uma UTI**. 2004. 170f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Rio Grande, Rio Grande.

BAPTISTA, Cleide Maria Caetano, et al. Evolução de Enfermagem. In: CIANCIARULLO, Tamara Iwanow et al. **Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências**. 3º ed. São Paulo: Ícone, 2001. p. 165-84.

BARROS, Alba Lucia Botura Leite de, et al. Histórico da tradução da taxonomia dos diagnósticos de enfermagem da NANDA e sua utilização no Brasil. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo/SP, v.13, n. especial, parte II, p.37-40, 2000.

BASSANESI, Sérgio Luiz; AZAMBUJA, Maria Inês; ACHUTTI, Aloyzio. Mortalidade precoce por doenças cardiovasculares e desigualdades sociais em Porto Alegre: da evidência à ação. **Arq Bras Cardiol**, São Paulo/SP, v.90, n.6, p. 403-12, jun, 2008.

BENEDET, Silvana Alves; BUB, Maria Bettina Camargo. **Manual de diagnóstico de enfermagem: uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação diagnóstica da NANDA**. 1. ed. Florianópolis: Bernúncia, 1999.

BENEDET, Silvana Alves; BUB, Maria Bettina Camargo. **Manual de diagnóstico de enfermagem: uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação diagnóstica da NANDA**. 2. ed. Florianópolis: Bernúncia, 2001.

BITTAR, Daniela Borges; PEREIRA, Lílian Varanda; LEMOS, Rejane Cussi Assunção. Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente crítico: proposta de instrumento de coleta de dados. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis/SC, v.15, n.4, p.617-28, out/dez, 2006.

BRAGA, Cristiane Giffoni; CRUZ, Diná de Almeida Lopes Monteiro da. A taxonomia II proposta pela North American Nursing Dignosis Association (NANDA). **Rev Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeiro Preto/SP, v.11, n.2, p.240-4, março-abril, 2003.

BRANDÃO, Edna de Souza Batista; BASTOS, Maria Regina de Carvalho Melo; VILA, Vanessa da Silva Carvalho. O significado da cirurgia cardíaca e do toque na perspectiva de pacientes internados em UTI. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.7, n.3, p. 278-84, 2005 [Online]. Disponível em http://www.fen.ufg.br/Revista/revista7_3/original_04.htm

BRASIL. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 26 jun. 1986. Seção 1, p. 1.

CARPENITO, Lynda Juall. **Manual de Diagnósticos de Enfermagem**. Trad. Ana Thorell. 8.ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

CARVALHO, Ariana Rodrigues Silva, et al. Complicações no pós-operatório de revascularização miocárdica. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá/PR, v. 5, n. 1, p. 50-59, jan./abr., 2006.

CARVALHO, Emilia Campos de; GARCIA, Telma Ribeiro. Processo de Enfermagem: o raciocínio e julgamento clínico no estabelecimento do diagnóstico de enfermagem. In: III Fórum Mineiro de Enfermagem, 2002, Uberlândia – MG. Sistematizar o Cuidar: Anais. Uberlândia – MG: UFU, 2002, v.1, p.29-40.

CARVALHO, Márcio Roberto Moraes de, et al. Associação de fatores pré-operatórios e óbitos na cirurgia de revascularização miocárdica em hospitais públicos do Rio de Janeiro: 1999-2003. **Rev. SOCERJ**, Rio de Janeiro/RJ, v.21, n.5, p. 311-319, setembro/outubro, 2008.

CESTARI, Maria Elisabeth. Padrões de conhecimento da enfermagem e suas implicações no ensino. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 24, n. 1, p. 34-42, 2003.

CIANCIARULLO, Tâmara Iwanow, et al. **Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências**. 3 ed. São Paulo: Ícone, 2001.

CIANCIARULLO, Tamara Iwanow. O Desenvolvimento do Conhecimento na Enfermagem: padrões de conhecimento e sua importância para o cuidar. In: CIANCIARULLO, Tamara Iwanow et al. **Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências**. 3º ed. São Paulo: Ícone, 2001. p. 15-27.

COLER, Marga Simon. O projeto de integração da NANDA, NIC, NOC. In: GARCIA, Telma Ribeiro; NÓBREGA, Maria Miriam Lima da. **Sistemas de classificação da prática de enfermagem: um trabalho coletivo**. João Pessoa/PB, Associação Brasileira de Enfermagem: Idéia, 2000.

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

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, Brasília, 1996.

CRAFT-ROSENBERG, Martha; SMITH, Kelly. Diagnósticos de enfermagem na educação. In: North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificações 2007-2008**. Trad. Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2008, p.335-40.

CROSSETTI, Maria da Graça. O uso do computador como ferramenta para a implementação do processo de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília/DF, v. 55, n. 6, p. 705-708, nov/dez, 2002.

CRUZ, Diná de Almeida Lopes Monteiro da. A inserção do Diagnóstico de Enfermagem no processo assistencial. In: CIANCIARULLO, Tamara Iwanow et al. **Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências**. 3. ed. São Paulo: Ícone, 2001. p.63-84.

CRUZ, Izabel Cristina Fonseca da. Diagnóstico de Enfermagem e sua aplicação: revisão de literatura. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, São Carlos/SP, v.24, n. 1, p. 149-162, abril, 1990.

_____. The implementation of the nursing process methodology: problems and perspectives. **Online Brazilian Journal of Nursing (OBJN – ISSN 1676-4285)**, v.1, n.1, 2002 [Online]. Available at: www.uff.br/nepae/objn101cruz.htm.

DAHER, Donizete Vago; ESPÍRITO SANTO, Fátima Helena do; ESCUDEIRO, Cristina Lavoyer. Cuidar e pesquisar: práticas complementares ou excludentes? **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeiro Preto/SP, v.10, n.2, p.145-50, março-abril, 2002.

DELLACQUA, Magda Cristina Queiroz; MIYADAHIRA, Ana Maria Kazue. Ensino do Processo de Enfermagem nas Escolas de Graduação em Enfermagem do Estado de São Paulo. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeiro Preto/SP, v.10, n.2, p.185-91, março-abril, 2002.

DOCHTERMAN, Joanne McCloskey; BULECHEK, Gloria M. (Org). **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. Trad. Regina Machado Garcez. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

ÉVORA, Yolanda Dora Martinez; DARLI, Maria Célia Barcellos. O uso do computador como ferramenta para a implantação do processo de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília/DF, v. 55, n. 6, p. 709-713, nov./dez., 2002.

FIGUEIREDO, Rosely Moralez de, et al. Caracterização da produção do conhecimento sobre sistematização da assistência de enfermagem no Brasil. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, São Carlos/SP, v. 40, n. 2, p. 299-303, 2006.

FRACOLLI, Lislaine Aparecida; GRANJA, Gabriela Ferreira. A utilização da categoria processo de trabalho pela enfermagem brasileira: uma análise bibliográfica. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, São Carlos/SP, v.39, n. especial, p. 597-602, 2005.

FONTES, Cassiana Mendes Bertoncello. **Perfil de diagnósticos de enfermagem antes e após a implementação da classificação da NANDA I**. 2006. 112f. Tese (Doutorado em Saúde do Adulto) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo/SP.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. **RADIS: comunicação em saúde**, Rio de Janeiro/RJ, n.76, dezembro, 2008. 35p.

GALDEANO, Luiza Elaine, et al. Diagnósticos de enfermagem de pacientes no período transoperatório de cirurgia cardíaca. **Rev. Latino-Am de Enfermagem**, Ribeiro Preto/SP, v.11, n.2, p.199-206, março-abril, 2003.

_____. Diagnósticos de enfermagem no perioperatório de cirurgia cardíaca. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, São Carlos/SP, v.40, n. 1, p. 26-33, 2006.

GALDEANO, Luiza Elaine; ROSSI, Lúcia Aparecida. Construção e validação de instrumentos de coleta de dados para o período perioperatório de cirurgia cardíaca. **Rev. Latino-Am de Enfermagem**, Ribeiro Preto/SP, v.10, n.6, p.800-4, nov./dez., 2002.

GALDEANO, Luiza Elaine; ROSSI, Lúcia Aparecida; PEZZUTO, Termutes Michelin. Diagnósticos de Enfermagem de pacientes no período pré-operatório de cirurgia cardíaca. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, São Carlos/SP, v.38, n. 3, p. 307-16, 2004.

GARCIA, Telma Ribeiro; NÓBREGA, Maria Miriam Lima da. As teorias de enfermagem e a construção do conhecimento. In: **11º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem**, 2001, Belém-PA. Anais. Belém: ABEn-PA, 2001. v. 1, p. 1-10.

_____. Sistematização da assistência de enfermagem: reflexões sobre o processo. In: **52º Congresso Brasileiro de Enfermagem**, 2000, Recife/Olinda - PE. **Enfermagem 2000: Crescendo na Diversidade**. Recife-PE: ABEn-PE, v. 1, p. 231-243, 2002

GARCIA, Telma Ribeiro; NÓBREGA, Maria Miriam Lima da. Processo de enfermagem e os sistemas de classificação dos elementos da prática profissional: instrumentos metodológicos e tecnológicos do cuidar. In: SANTOS, Iraci dos, et al. (Org.). **Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar: realidade, questões, soluções**. São Paulo-SP, 2004, v. 2, p. 37-63.

GARCIA, Telma Ribeiro; NÓBREGA, Maria Miriam Lima; CARVALHO, Emília Campos de. Nursing process: application to the professional practice. **Online Brazilian Journal of Nursing** (OBJN – ISSN 1676-4285), v. 3, n. 2, 2004 [Online] Available at: www.uff.br/nepae/objn302garciaetal.htm.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1994.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, Walter J; BRAILE, Domingo M. A cirurgia de revascularização miocárdica com e sem circulação extracorpórea: o impacto do custo no sistema de saúde. **Arq Bras Cardiol**, Rio de Janeiro/RJ, Editorial, v.91, n.6, p. 367-8, 2008.

GOMES, Walter J.; MENDONÇA, João Teles de; BRAILE, Domingo M. Resultados em cirurgia cardiovascular: oportunidade para rediscutir o atendimento médico e cardiológico no sistema público de saúde do país. **Rev. Bras. Cir. Cardiovasc.**, São José do Rio Preto/SP, v.22, n.4, p. III-VI, 2007.

GUIMARÃES NETO, Juvenal Vaz; ROMÊO FILHO, Luiz José Martins; NUNES, Edson Magalhães. Fatores de risco para morbimortalidade hospitalar em cirurgia de revascularização do miocárdio. **Revista da SOCERJ**, Rio de Janeiro/RJ, v.19, n.6, p.487-92, nov/dez, 2006.

GUTIERREZ, Beatriz Aparecida Ozello, et al. Histórico de Enfermagem. In: CIANCIARULLO, Tamara Iwanow, et al. **Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências**. 3. ed. São Paulo: Ícone, 2001, p. 131-164.

HORTA, W.A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU – editora Pedagógica e Universitária LTDA, 1979.

ISHITANI, Lenice Harumi, et al. Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo/SP, v. 40, n. 4, p. 684-91, 2006.

JAPIASSÚ, Hilton; MARCONDES, Danilo. **Dicionário básico de filosofia**. 3. ed. rev. e ampliada. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1996.

LEOPARDI, Maria Tereza. Prefácio. In: LUNARDI FILHO, Wilson Danilo. **O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina**. 2. ed. Pelotas: Editora e Gráfica Universitária - UFPel, 2004. p. 9-12.

LIMA, Rita de Cássia Duarte, et al. O processo de cuidar na enfermagem: mudanças e tendências no mundo do trabalho. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.10, n.2, p.63-67, mai/ago. 2005.

LIMA, Luciano Ramos de, et al. Proposta de instrumento para coleta de dados de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva fundamentado em Horta. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [online], v. 8, n.3, p. 349-357, 2006. Disponível em http://www.fen.ufg.br/revista8_3/v8n3a05.htm.

LUNARDI, Valéria Lerch. **História da Enfermagem: rupturas e continuidades**. 2. ed. Pelotas: UFPEL – Editora e gráfica Universitária, 2004.

LUNARDI FILHO, Wilson Danilo. A prescrição computadorizada de cuidados de enfermagem: o planejamento como forma inovadora de facilitação do cuidado individualizado e de sua continuidade. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.2, n.1, p.90-95, jan. 1997.

_____. **O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina**. 2. ed. Pelotas: Editora e Gráfica Universitária - UFPel, 2004.

LUNARDI FILHO, Wilson Danilo; LUNARDI, Guilherme Lerch; PAULITSCH, Felipe da Silva. A prescrição de enfermagem computadorizada como instrumento de comunicação nas relações multiprofissionais e intra equipe de enfermagem: relato de Experiências. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeiro Preto/SP, v.5, n.3, p.63-69, julho, 1997.

LUNARDI FILHO, Wilson Danilo; MAÇADA, Antônio Carlos Gastaud; LUNARDI, Guilherme Lerch. Sistema de apoio à decisão no planejamento e prescrição de cuidados de enfermagem (SAD-PPCE). **Revista Bras. Enfermagem**, Brasília/DF, v. 48, n.1, p. 66-67, jan./mar. 1995.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed., 3. reimpr. São Paulo: Atlas, 2006.

MARX, Karl. **O capital, crítica da economia política**. 10 ed. São Paulo: Ed. Difel, 1985. Livro 1; v.1; cap.V; p. 201-223.

MAY, Tim. **Pesquisa social: questões, métodos e processos**. Trad. Carlos Alberto Silveira Netto Soares. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 24. ed. Petrópolis/RJ: Vozes, 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MIRANDA, Alba Franzão; GALLANI, Maria Cecília Bueno Jayme; ARAÚJO, Sebastião. Significados e atitudes de pacientes de cirurgia cardíaca: influência de variáveis sociodemográficas. **Rev Bras Enferm**, Brasília/DF, v. 58, n. 3, p. 266-71, maio/jun, 2005.

MOORHEAD, Sue; JOHNSON, Marion; MAAS, Meridean (Org). **Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)**. Trad. Marta Avena. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

NÓBREGA, Maria Miriam Lima de; BARROS, Alba Lucia Botura Leite de. Modelos assistenciais para a prática de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília/DF, v. 54, n. 1, p. 74-80, 2001.

NÓBREGA, Maria Miriam Lima de; GARCIA, Telma Ribeiro (Org.). **Uniformização da linguagem dos diagnósticos de enfermagem da NANDA: sistematização das propostas do II SNDE**. João Pessoa: União/CNRDE/GIDE-PB, 1994.

NÓBREGA, Maria Miriam Lima de; SILVA, Kenya de Lima. **Fundamentos do cuidar em enfermagem**. João Pessoa: Imprima, 2007.

North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificações 2007-2008**. Trad. Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2008.

North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificações 2003-2004**. Trad. Cristina Correa. Porto Alegre: Artmed, 2005.

PIRES, Denise. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989.

PIVOTO, Flávia Lamberti; LUNARDI FILHO, Wilson Danilo; LUNARDI, Valéria Lerch. Prescrição de enfermagem: dos motivos da não realização às possíveis estratégias de implementação. **Revista Cogitare Enfermagem**, Curitiba/PR, v.9, n.2, p.32-42, 2004.

PIVOTO, Flávia Lamberti. **Protocolos assistenciais de enfermagem direcionados à terapêutica medicamentosa: construindo a implementação da prescrição de enfermagem informatizada**. 2005. 53f. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal de Rio Grande, Rio Grande/RS.

POPE, Catherine; MAYS, Nicholas. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Trad. Ananyr Porto Fajardo. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

ROCHA, Luciana Alves da; MAIA, Ticiane Fernandes; SILVA, Lúcia de Fátima da. Diagnósticos de Enfermagem em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília/ DF, v. 59, n. 3, p. 321-6, maio/jun., 2006.

ROSSI, Lúcia Aparecida; CASAGRANDE, Lisete Diniz Ribas. Processo de Enfermagem: a ideologia da rotina e a utopia do cuidado individualizado. In: CIANCIARULLO, Tamara Iwanow et al. **Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências**. 3 ed. São Paulo: Ícone, 2001, p. 41-62.

SCHWEGBER, Acélia Inês. **Processo de Enfermagem: instrumento para o enfermeiro administrar o trabalho e liderar a equipe de enfermagem**. Rio Grande. 2008. 200p. + anexos. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, 2008.

SILVA, Graciette Borges. **A enfermagem profissional: análise crítica**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1989.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. (Org). **Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Trad. José Eduardo Ferreira de Figueiredo. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SOARES, Lenir Honório; PINELLI, Francisca das Graças Salazar; ABRÃO, Ana Cristina Freitas de Vilhena. Construção de um instrumento de coleta de dados de enfermagem em ginecologia. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo/SP, v.18, n.2, p.156-64, 2005.

SOUZA, Telma Moreira et al. Prescrição de Enfermagem. In: CIANCIARULLO, Tamara Iwanow et al. **Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências**. 3º ed. São Paulo: Ícone, 2001. p. 185-200.

TRENTINI, Mercedes; BELTRAME, Vilma. A Pesquisa convergente assistencial (PCA) levada ao real campo de ação da enfermagem. **Revista Cogitare Enfermagem**, Curitiba/PR, v.11, n.2, p.156-60, mai/ago, 2006.

TRENTINI, Mercedes; GONÇALVES, Lucia H. T. Pequenos grupos de convergência – um método de desenvolvimento de tecnologias na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis/SC, v.9, n.1, p.63-78, jan/abr, 2000.

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia. **Pesquisa em Enfermagem: uma modalidade convergente assistencial**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1999.

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

VARGAS, Rosimeire da Silva; FRANÇA, Fabiana Cláudia de Vasconcelos. Processo de Enfermagem aplicado a um portador de Cirrose Hepática utilizando as terminologias padronizadas NANDA, NIC e NOC. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília/DF, v. 60, n.3, p. 348-352, maio/jun., 2007.

VARGAS, Tatiana Victorelli Pires; MAIA, Emanuelle Mendonça; DANTAS, Rosana Aparecida Spadoti. Sentimentos de pacientes no pré-operatório de cirurgia cardíaca. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeiro Preto/SP, v.14, n.3, maio-junho, 2006.

VILA, Vanessa da Silva Carvalho; ROSSI, Lígia Aparecida. A qualidade de vida na perspectiva de clientes revascularizados em reabilitação: estudo etnográfico. **Rev. Latino-Am de Enfermagem**, Ribeiro Preto/SP, v.16, n.1, p. 7-14, janeiro-fevereiro, 2008.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidado Humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra, 1999.

APÊNDICE I

Rio Grande, 05 maio de 2008.

Ilma. Sra.
Enf^{ra} Adelma Maria Gasparetto
M. D. Chefe do Serviço de Enfermagem
Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande

Senhora Chefe

Como mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande (FURG), venho por meio deste, solicitar autorização para desenvolver na Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória Cardiológica (UTI-UPO), no Hospital de Cardiologia e Oncologia Dr. Pedro Bertoni, pertencente ao complexo hospitalar da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande, o projeto da pesquisa intitulada: **O Processo de Enfermagem em Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória Cardiológica: implicações na prática e valorização profissional da enfermagem**, sob orientação do Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho.

Com o desenvolvimento desta pesquisa, pretende-se desenvolver junto à equipe de enfermagem da UTI-UPO, um processo de construção e implementação de um modelo de Processo de Enfermagem ao pós-operatório de cirurgia cardíaca assistido no setor, com posterior identificação da percepção das enfermeiras da unidade quanto à visibilidade das ações profissionais, reconhecimento e valorização da profissão com a implementação do Processo de Enfermagem. As técnicas metodológicas utilizadas serão: o grupo de convergência; a pesquisa documental; a revisão bibliográfica; a entrevista semi-estruturada e; a análise de discurso. Aos sujeitos que desejarem participar livre e esclarecidamente da pesquisa serão garantidos todos os preceitos éticos e legais durante e após o término desta investigação.

Comprometo-me em garantir o sigilo profissional, quanto à privacidade dos sujeitos envolvidos, bem como, quanto aos dados confidenciais, que envolvem a instituição. E assumo o compromisso ético de devolver-lhe os resultados deste estudo, tão logo se finde. Na certeza de contar com vosso apoio, desde já agradeço por esta oportunidade, colocando-me a disposição para possíveis esclarecimentos, e deixando em vosso poder uma cópia do projeto de pesquisa referido.

Atenciosamente,

Flávia Lamberti Pivoto: _____

Prof. Dr. Wilson D. Lunardi Filho: _____

Ciente. De acordo
Chefe de Enfermagem: Ir. Rosete Gasparetto
Data 06/05/08

APÊNDICE II

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM MESTRADO EM ENFERMAGEM CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE

Prezado participante:

Considerando as recomendações da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

Como Pesquisadora do Projeto, intitulado: **Proposta de Processo de Enfermagem em Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória Cardiológica**, venho convidá-la a participar desta pesquisa que tem como *objetivo* elaborar em conjunto com as enfermeiras da Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória Cardiológica uma proposta de Processo de Enfermagem aos pacientes no pós-operatório de cirurgias cardíacas.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, ancorada na Metodologia Convergente Assistencial. A trajetória metodológica de produção de dados, para a elaboração de um modelo de Processo de Enfermagem aos pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca assistidos na Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória Cardiológica (UTI-UPO), fará uso das técnicas de *pesquisa documental* e *grupo de convergência*.

Comprometo-me que serão mantidos todos os preceitos éticos e legais durante e após o término desta pesquisa. As informações obtidas no processo de produção de dados serão confidenciais e utilizadas exclusivamente para o desenvolvimento desta pesquisa, o sigilo e o anonimato garantidos, assim como, assegurada a privacidade individual e coletiva. Os resultados do estudo serão repassados aos sujeitos, bem como, serão asseguradas condições de acompanhamento durante a sua realização.

Sua participação nesta pesquisa, embora de suma importância, é completamente voluntária. A opção por não participar ou em retirar-se em qualquer momento não terá nenhuma implicação. Os procedimentos de pesquisa não trarão qualquer risco à sua vida e a sua saúde. Mas espera-se que tragam benefícios para o seu processo de trabalho.

Caso você tenha alguma dúvida em relação à pesquisa, ou quiser desistir, em qualquer momento, poderá comunicar-se pelo telefone abaixo ou fazê-lo pessoalmente. Agradecemos antecipadamente a atenção dispensada e colocamo-nos à sua disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente

Responsáveis pela pesquisa:

Mestranda Flávia Lamberti Pivoto

Manoel Pereira de Almeida, n.711, bl.E, ap.301

CEP: 96.200-440 - Rio Grande/RS

Tel: (53) 99611549 – flaviapivoto@yahoo.com.br

Orientador Prof. Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho

Tel: (53) 3233 0310 – lunardifilho@terra.com.br

Eu, _____

de acordo com o presente consentimento Livre e esclarecido, declaro estar devidamente informada sobre a natureza da pesquisa, intitulada: **Proposta de Processo de Enfermagem em Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória Cardiológica**. Fui igualmente esclarecida do objetivo proposto e metodologia que será desenvolvida essa pesquisa.

Concordo em participar dela e que as informações que eu prestar sejam utilizadas em sua realização.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura da responsável: _____

Data: ____/____/____ Local: _____

Data da saída do estudo: _____

Nota: O presente Termo terá duas vias, uma ficará com a pesquisadora e a outra com a participante da pesquisa.

APÊNDICE III

UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO PROTOCOLO DE PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM AO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO (POI) DE CIRURGIA CARDÍACA	
Grupo de intervenções oriundas das prescrições de enfermagem planejadas	Intervenção representativa
Monitorar alterações nos sinais vitais; Monitorar sinais vitais continuamente; Monitorar frequência respiratória; Monitorar temperatura corporal continuamente e registrar conforme rotina; Registrar sinais vitais de 15/15min; Registrar temperatura corporal 15/15 min; Verificar sinais vitais conforme rotina e S/N; Verificar temperatura corporal conforme rotina e S/N; Monitorar e registrar oximetria de pulso 15/15min – conforme rotina;	Monitorar sinais vitais e oximetria de pulso continuamente, registrando de 15/15min e comunicando alterações a enfermeira;
Monitorar ritmo cardíaco, comunicando alterações;	Monitorar ritmo cardíaco, comunicando alterações;
Aquecer paciente com uso de cobertores; Aquecimento mecânico (manta térmica); Aquecimento de soluções intravenosas; Aquecimento do ambiente (ar condicionado);	Se hipotermia, providenciar aquecimento com manta térmica;
Descobrir o paciente; Administrar anti-térmico conforme prescrição médica;	Se hipertermia, descobrir o paciente e administrar anti-térmico conforme orientação;
Mensurar PVC 1/1h – 4/4h – 6/6h (<i>aparece+ 1x</i>); Mensurar PAE 1/1h – 4/4h – 6/6h (<i>aparece+ 1x</i>);	Mensurar e registrar PVC e PAE 1/1h;
Manter irrigação de cateter de AE com SF 0,9% 10ml/h;	Manter irrigação de cateter de AE com SF 0,9% 10ml/h;
Monitorar continuamente traçado cardíaco e curva de pressão arterial no console do balão intra-aórtico, comunicando alterações a enfermeira;	Monitorar continuamente traçado cardíaco e curva de pressão arterial no console do balão intra-aórtico, comunicando alterações à enfermeira;
Adotar medida de aquecimento periférico do membro de inserção do balão intra-aórtico;	Adotar medida de aquecimento periférico do membro de inserção do balão intra-aórtico;
Manter permeabilidade de cateter de PAM com flush; Manter permeabilidade de cateter de balão intra-aórtico com flush;	Manter permeabilidade de cateteres de PAM e de balão intra-aórtico com flush;
Monitorar sinais e sintomas de hiperglicemia: poliúria, polidipsia, fraqueza, visão embaçada, cefaléia; Monitorar sinais e sintomas de hipoglicemia: tremor, visão embaçada, taquicardia, palpitações, palidez, náusea, cefaléia, sonolência, fraqueza, confusão, tontura, desmaio; Monitorar glicemia sanguínea 1/1h – 4/4h – 6/6h; Administrar insulina CPM; Administrar glicose hipertônica COM;	Controlar glicemia CPM e comunicar alterações a enfermeira;
Observar fixação e funcionamento do gerador de marcapasso provisório;	Observar fixação e funcionamento do gerador MPP no início e término do turno;
Observar alterações na pele (aspecto, coloração);	Observar palidez, sudorese, cianose em mucosas e periferia e rush cutâneo e comunicar alterações à enfermeira;
Observar referência em centímetros do tubo endotraqueal;	Observar referência em centímetros do TOT e verificar pressão do <i>cuff</i> na admissão;

Verificar pressão do <i>cuff</i> 1x dia;	
Testar sonda nasogástrica na admissão;	Testar sonda nasogástrica na admissão;
Ordenhar drenos e observar presença de coágulos; Registrar volume de drenagens de 1/1h – 6/6h (+1x);	Ordenhar drenos, observar presença de coágulos e registrar drenagem de 1/1h;
Registrar volume administrado de 1/1h – 6/6h;	Registrar volumes administrados de 1/1h;
Esvaziar coletor de diurese, registrar volume e observar coloração de 1/1h – 6/6h (+1x);	Esvaziar coletor de diurese e registrar volume, observando coloração de 1/1h;
Esvaziar coletor de refluxo gástrico, registrar volume e observar aspecto de 6/6h;	Esvaziar coletor de refluxo gástrico e registrar volume, observando aspecto de 6/6h;
Informar término da cirurgia, quando paciente acordar; Situar o paciente no ambiente e quanto sua dependência de cuidados; Assegurar a presença permanente de um membro da equipe de enfermagem;	Quando paciente acordar, situá-lo, informar término da cirurgia e presença contínua de um membro da equipe de enfermagem;
Explicar os procedimentos ao serem realizados;	Explicar os procedimentos ao serem realizados;
Orientar comunicação por gestos;	Se paciente em uso de TOT, orientar comunicação por gestos;
Atentar para relato verbal e expressão facial de dor; Observar contratura muscular;	Atentar para relato verbal, expressão facial e outros sinais (contratura muscular) de presença de dor;
Questionar presença de dor e registrar a natureza, localização e intensidade da dor; Questionar presença de dor; Administrar analgesia conforme prescrição médica; Adotar medidas de alívio da dor; Relacionar dor aguda à crônica;	Questionar presença de dor e registrar natureza, localização e intensidade, adotando medidas de alívio e administrando analgésico conforme orientação;
Observar sangramento em incisões cirúrgicas, inserção de cateteres e orifícios; Observar sangramento em incisão cirúrgica, na presença demarcar e comunicar a enfermeira;	Observar sangramento em FO, inserção de cateteres e orifícios, na presença demarcar e comunicar a enfermeira;
Evitar troca de curativo oclusivo da incisão cirúrgica nas primeiras 24 horas de pós-operatório;	Evitar troca de curativo oclusivo de FO nas primeiras 24h de PO;
Atentar para presença de hematomas, hiperemia, sinais flogísticos e seroma, na presença comunicar a enfermeira; Observar descontinuidade da pele durante a mobilização;	Atentar para locais de descontinuidade da pele, presença de hematomas, hiperemia, sinais flogísticos e seroma, comunicando a enfermeira;
Mudar fixação do tubo endotraqueal 1x turno e S/N;	Mudar fixação do TOT 1x turno e S/N;
Aspirar com técnica asséptica secreções traqueobrônquicas antes da extubação; Aspirar com técnica asséptica secreções traqueobrônquicas;	Aspirar com técnica asséptica secreções traqueobrônquicas Q/N e antes da extubação;
Monitorar resposta ao desmame ventilatório;	Monitorar resposta ao desmame ventilatório; comunicando alterações à enfermeira;
Monitorar dependência de oxigenioterapia;	Monitorar dependência de oxigenioterapia;
Controlar nutrição;	Oferecer sorvete e água conforme aceitação, após extubação;
Orientar o uso do travesseiro para proteção do esterno no PO;	Orientar o uso do travesseiro para proteção do esterno no PO;
Estimular tosse e expectoração de secreções;	Estimular tosse e expectoração de secreções;
Reduzir ruídos ambientais; Manter luminosidade adequada no período de sono; Organizar os procedimentos, diminuindo perturbações durante o sono;	Proporcionar sono e repouso adequados, reduzindo ruídos ambientais, mantendo luminosidade adequada e organizando os procedimentos, de modo a diminuir perturbações;
Esvaziar frasco coletor de drenos e trocar selo d'água 1x dia e S/N;	Esvaziar frasco coletor de drenos e trocar selo d'água 1x dia e S/N;
Esvaziar frasco de dreno de portovac e restituir	Esvaziar frasco de dreno de portovac e restituir

vácuo COM;	vácuo COM;
Realizar balanço hídrico 6/6h (+ 1x);	Realizar balanço hídrico 6/6h;
Intervenções que não se aplicam ao POI	
Mudar localização do tubo endotraqueal 1x dia;	
Realizar banho de leito frio;	
Aplicar compressas frias;	
Realizar curativos com técnica asséptica em feridas operatórias e inserções de cateteres;	
Trocar punções e dispositivos conforme validade;	
Avaliar incisão cirúrgica para suspensão de curativo oclusivo;	
Inspecionar incisões cirúrgicas, inserções de cateteres e drenos;	
Inspecionar incisões cirúrgicas, inserções de cateteres, drenos e descontinuidade da pele;	
Realizar banho de leito;	
Administrar medicamentos para reduzir ansiedade conforme prescrição médica;	
Monitorar os resultados laboratoriais de uréia e creatinina séricas;	
Estimular mobilização do leito;	
Sentar o paciente no leito;	
Auxiliar o paciente a sair do leito;	
Oferecer papagaio para diurese espontânea e mensurar volume ao desprezar;	
Testar permeabilidade do cateter vesical;	
Usar colchão piramidal;	
Mobilizar o paciente conforme possibilidade;	

UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO PROTOCOLO DE PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM AO 1º DIA DE PÓS-OPERATÓRIO (1ºPO) DE CIRURGIA CARDÍACA	
Grupo de intervenções oriundas das prescrições de enfermagem planejadas	Intervenção representativa
Verificar alterações nos sinais vitais; Verificar sinais vitais conforme rotina e S/N; Verificar temperatura corporal conforme rotina e S/N; Monitorar ritmo cardíaco, comunicando alterações; Monitorar frequência respiratória; Aquecer paciente com uso de cobertores; Aquecimento mecânico (manta térmica); Aquecimento de soluções intravenosas; Aquecimento do ambiente (ar condicionado); Descobrir o paciente; Aplicar compressas frias; Realizar banho de leito frio; Administrar anti-térmico conforme prescrição médica; Monitorar e registrar oximetria de pulso 15/15min – 2/2h;	Verificar sinais vitais (atentar para ritmo cardíaco) e oximetria de pulso conforme rotina e S/N, comunicando alterações à enfermeira;
Monitorar dependência de oxigenioterapia;	Monitorar dependência de oxigenioterapia;
Mensurar PVC 1/1h – 4/4h – 6/6h; Mensurar PAE 1/1h – 4/4h – 6/6h;	Mensurar e registrar PVC e PAE CPM;
Manter irrigação de cateter de AE com SF 0,9% 10ml/h;	Manter irrigação de cateter de AE com SF 0,9% 10ml/h;
Monitorar continuamente traçado cardíaco e curva de pressão arterial no console do balão intra-aórtico, comunicando alterações a enfermeira;	Monitorar continuamente traçado cardíaco e curva de pressão arterial no console do balão intra-aórtico, comunicando alterações à enfermeira;
Adotar medida de aquecimento periférico do membro de inserção do balão intra-aórtico;	Manter medida de aquecimento periférico do membro de inserção do balão intra-aórtico;
Manter permeabilidade de cateter de PAM com flush; Manter permeabilidade de cateter de balão intra-aórtico com flush;	Manter permeabilidade de cateteres de PAM e de balão intra-aórtico com flush;

Manter permeabilidade de cateter de PAM com flush;	
Monitorar sinais e sintomas de hiperglicemia: poliúria, polidipsia, fraqueza, visão embaçada, cefaléia; Monitorar sinais e sintomas de hipoglicemia: tremor, visão embaçada, taquicardia, palpitações, palidez, náusea, cefaléia, sonolência, fraqueza, confusão, tontura, desmaio; Monitorar glicemia sanguínea 1/1h – 4/4h – 6/6h; Administrar insulina CPM; Administrar glicose hipertônica CPM;	Controlar glicemia CPM e comunicar alterações a enfermeira;
Observar fixação e funcionamento do gerador de marcapasso provisório;	Observar fixação e funcionamento do gerador MPP no início e término do turno;
Observar alterações na pele (aspecto, coloração);	Observar palidez, sudorese, cianose em mucosas e periferia e rush cutâneo e comunicar alterações à enfermeira;
Explicar os procedimentos ao serem realizados;	Explicar os procedimentos ao serem realizados;
Atentar para relato verbal e expressão facial de dor; Observar contratura muscular; Questionar presença de dor e registrar a natureza, localização e intensidade da dor; Questionar presença de dor; Administrar analgesia conforme prescrição médica; Adotar medidas de alívio da dor; Relacionar dor aguda à crônica;	Se relato verbal ou expressão facial e corporal de dor, questionar e registrar natureza, localização e intensidade, adotando medidas de alívio e administrando analgésico conforme orientação;
Controlar nutrição;	Oferecer dieta conforme aceitação;
Realizar banho de leito;	Realizar banho de leito 1x dia;
Atentar para presença de hematomas, hiperemia, sinais flogísticos e seroma, na presença comunicar a enfermeira; Observar descontinuidade da pele durante a mobilização;	Atentar para locais de descontinuidade da pele, presença de hematomas, hiperemia, sinais flogísticos e seroma, comunicando a enfermeira;
Realizar curativos com técnica asséptica em feridas operatórias e inserções de cateteres;	Realizar curativos com técnica asséptica em feridas operatórias e inserções de cateteres 1x dia e S/N;
Inspecionar incisões cirúrgicas, inserções de cateteres e drenos; Inspecionar incisões cirúrgicas, inserções de cateteres, drenos e descontinuidade da pele; Observar sangramento em incisões cirúrgicas, cateteres e orifícios; Observar sangramento em incisão cirúrgica, na presença comunicar a enfermeira;	Inspecionar sangramento e demais alterações em incisões cirúrgicas, inserções de cateteres e drenos, na presença comunicar a enfermeira;
Orientar o uso do travesseiro para proteção do esterno no PO;	Manter o uso do travesseiro para proteção do esterno no PO;
Estimular tosse e expectoração de secreções;	Estimular tosse e expectoração de secreções;
Reduzir ruídos ambientais; Manter luminosidade adequada no período de sono; Organizar os procedimentos, diminuindo perturbações durante o sono;	Proporcionar sono e repouso adequados, reduzindo ruídos ambientais, mantendo luminosidade adequada e organizando os procedimentos, de modo a diminuir perturbações;
Ordenhar drenos e observar presença de coágulos; Registrar volume de drenagens de 1/1h – 6/6h ;	Ordenhar drenos, observar presença de coágulos e registrar drenagem de 6/6h;
Registrar volume administrado de 1/1h – 6/6h;	Registrar volumes administrados de 6/6h;
Esvaziar frasco coletor de drenos e trocar selo d'água 1x dia e S/N;	Esvaziar frasco coletor de drenos e trocar selo d'água 1x dia e S/N;
Esvaziar frasco de dreno de portovac e restituir vácuo 1x turno;	Esvaziar frasco de dreno de portovac e restituir vácuo COM;
Esvaziar coletor de diurese, registrar volume e observar coloração de 1/1h – 6/6h;	Esvaziar coletor de diurese e registrar volume, observando coloração de 6/6h;

Realizar reeducação de esfíncter urinário;	Iniciar reeducação de esfíncter urinário de 3/3h às 21h, desclampeando antes se solicitação do paciente;
Realizar balanço hídrico 6/6h;	Realizar balanço hídrico 6/6h;
Intervenções que não se aplicam ao 1º PO	
Registrar sinais vitais de 15/15min;	
Registrar temperatura corporal 15/15 min;	
Monitorar sinais vitais continuamente;	
Monitorar temperatura corporal continuamente e registrar conforme rotina;	
Evitar troca de curativo oclusivo da incisão cirúrgica nas primeiras 24 horas de pós-operatório;	
Avaliar incisão cirúrgica para suspensão de curativo oclusivo;	
Trocar punções e dispositivos conforme validade;	
Sentar o paciente no leito;	
Auxiliar o paciente a sair do leito;	
Informar término da cirurgia, quando paciente acordar;	
Monitorar os resultados laboratoriais de uréia e creatinina séricas;	
Administrar medicamentos para reduzir ansiedade conforme prescrição médica;	
Oferecer papagaio para diurese espontânea e mensurar volume ao desprezar;	
Usar colchão piramidal;	
Mobilizar o paciente conforme possibilidade;	
Estimular mobilização do leito;	
Observar referência em centímetros do tubo endotraqueal;	
Verificar pressão do cuff 1x dia;	
Mudar fixação do tubo endotraqueal 1x turno e S/N;	
Mudar localização do tubo endotraqueal 1x dia;	
Aspirar com técnica asséptica secreções traqueobrônquicas antes da extubação;	
Aspirar com técnica asséptica secreções traqueobrônquicas;	
Monitorar resposta ao desmame ventilatório;	
Orientar comunicação por gestos;	
Esvaziar coletor de refluxo gástrico, registrar volume e observar aspecto de 1/1h – 6/6h;	

UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO PROTOCOLO DE PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM AO 2º DIA DE PÓS-OPERATÓRIO (2ºPO) DE CIRURGIA CARDÍACA	
Grupo de intervenções oriundas das prescrições de enfermagem planejadas	Intervenção representativa
Verificar sinais vitais conforme rotina e S/N; Verificar temperatura corporal conforme rotina e S/N; Monitorar ritmo cardíaco, comunicando alterações; Monitorar frequência respiratória; Monitorar alterações nos sinais vitais; Aquecer paciente com uso de cobertores; Aquecimento do ambiente (ar condicionado); Descobrir o paciente; Aplicar compressas frias; Realizar banho de leito frio; Administrar anti-térmico conforme prescrição médica; Monitorar e registrar oximetria de pulso 15/15min – conforme rotina;	Verificar sinais vitais (atentar para ritmo cardíaco) e oximetria de pulso conforme rotina e S/N, comunicando alterações a enfermeira;
Monitorar dependência de oxigenioterapia;	Monitorar dependência de oxigenioterapia;
Monitorar continuamente traçado cardíaco e curva de pressão arterial no console do balão intra-aórtico, comunicando alterações a enfermeira;	Monitorar continuamente traçado cardíaco e curva de pressão arterial no console do balão intra-aórtico, comunicando alterações a enfermeira;
Adotar medida de aquecimento periférico do membro de inserção do balão intra-aórtico;	Adotar medida de aquecimento periférico do membro de inserção do balão intra-aórtico;

Manter permeabilidade de cateter de balão intra-aórtico com flush;	Manter permeabilidade de cateteres de PAM e de balão intra-aórtico com flush;
Manter permeabilidade de cateter de PAM com flush;	
Monitorar sinais e sintomas de hiperglicemia: poliúria, polidipsia, fraqueza, visão embaçada, cefaléia;	Controlar glicemia CPM e comunicar alterações a enfermeira;
Monitorar sinais e sintomas de hipoglicemia: tremor, visão embaçada, taquicardia, palpitações, palidez, náusea, cefaléia, sonolência, fraqueza, confusão, tontura, desmaio;	
Monitorar glicemia sanguínea 1/1h – 4/4h – 6/6h;	
Administrar insulina CPM;	
Administrar glicose hipertônica CPM;	
Observar fixação e funcionamento do gerador de marcapasso provisório;	Observar fixação e funcionamento do gerador MPP no início e término do turno;
Explicar os procedimentos ao serem realizados;	Explicar os procedimentos ao serem realizados;
Atentar para relato verbal e expressão facial de dor;	Questionar presença de dor e registrar natureza, localização e intensidade, comunicando a enfermeira;
Observar contratura muscular;	
Questionar presença de dor e registrar a natureza, localização e intensidade da dor;	
Questionar presença de dor;	
Administrar analgésico conforme prescrição médica;	
Relacionar dor aguda à crônica;	
Controlar nutrição;	Oferecer dieta conforme aceitação;
Realizar banho de leito;	Realizar banho de leito 1x dia;
Atentar para presença de hematomas, hiperemia, sinais flogísticos e seroma, na presença comunicar a enfermeira;	Atentar para locais de descontinuidade da pele, presença de hematomas, hiperemia, sinais flogísticos e seroma, comunicando a enfermeira;
Observar descontinuidade da pele durante a mobilização;	
Realizar curativos com técnica asséptica em feridas operatórias e inserções de cateteres;	Realizar curativos com técnica asséptica em feridas operatórias e inserções de cateteres 1x dia e S/N, atentando para presença de sangramento e demais alterações, comunicando a enfermeira;
Inspecionar incisões cirúrgicas, inserções de cateteres e drenos;	
Inspecionar incisões cirúrgicas, inserções de cateteres, drenos e descontinuidade da pele;	
Observar sangramento em incisões cirúrgicas, cateteres e orifícios;	
Observar sangramento em incisão cirúrgica, na presença comunicar a enfermeira;	
Trocar punções e dispositivos conforme validade;	Trocar punções e dispositivos conforme validade;
Orientar o uso do travesseiro para proteção do esterno no PO;	Manter o uso do travesseiro para proteção do esterno no PO;
Estimular tosse e expectoração de secreções;	Estimular tosse e expectoração de secreções;
Usar colchão piramidal;	Sentar paciente no leito;
Mobilizar o paciente conforme possibilidade;	
Estimular mobilização do leito;	
Sentar o paciente no leito;	
Auxiliar o paciente a sair do leito;	
Ordenhar drenos e observar presença de coágulos;	Ordenhar drenos, observar presença de coágulos e registrar drenagem de 6/6h;
Registrar volume de drenagens de 1/1h – 6/6h;	
Registrar volume administrado de 1/1h – 6/6h;	Registrar volumes administrados e de drenagens 6/6h;
Esvaziar frasco coletor de drenos e trocar selo d'água 1x dia e S/N;	Esvaziar frasco coletor de drenos e trocar selo d'água 1x dia e S/N;
Esvaziar coletor de diurese, registrar volume e observar coloração de 1/1h – 6/6h (+1x);	Esvaziar coletor de diurese e registrar volume, observando coloração de 6/6h;
Realizar reeducação de esfíncter urinário;	Manter reeducação de esfíncter urinário de 3/3h,

	desclampeando antes se solicitação do paciente;
Oferecer papagaio ou comadre para diurese espontânea e mensurar volume ao desprezar;	Se diurese espontânea, oferecer papagaio ou comadre e mensurar diurese ao desprezar;
Realizar balanço hídrico 6/6h;	Realizar balanço hídrico 6/6h;
Reduzir ruídos ambientais; Manter luminosidade adequada no período de sono; Organizar os procedimentos, diminuindo perturbações durante o sono;	Proporcionar sono e repouso adequados, reduzindo ruídos ambientais, mantendo luminosidade adequada e organizando os procedimentos, de modo a diminuir perturbações;
Intervenções que não se aplicam ao 2º PO	
Registrar temperatura corporal 15/15 min;	
Registrar sinais vitais de 15/15min;	
Monitorar sinais vitais continuamente;	
Registrar sinais vitais de 15/15min;	
Monitorar temperatura corporal continuamente e registrar conforme rotina;	
Mensurar PAE 1/1h – 4/4h – 6/6h;	
Manter irrigação de cateter de AE com SF 0,9% 10ml/h;	
Aquecimento mecânico (manta térmica);	
Aquecimento de soluções intravenosas;	
Monitorar resposta ao desmame ventilatório;	
Verificar pressão do cuff 1x dia;	
Observar referência em centímetros do tubo endotraqueal;	
Mudar localização do tubo endotraqueal 1x dia;	
Mudar fixação do tubo endotraqueal 1x turno e S/N;	
Aspirar com técnica asséptica secreções traqueobrônquicas antes da extubação;	
Aspirar com técnica asséptica secreções traqueobrônquicas;	
Orientar comunicação por gestos;	
Evitar troca de curativo oclusivo da incisão cirúrgica nas primeiras 24 horas de pós-operatório;	
Avaliar incisão cirúrgica para suspensão de curativo oclusivo;	
Monitorar os resultados laboratoriais de uréia e creatinina séricas;	
Testar sonda nasogástrica na admissão;	
Esvaziar frasco de dreno de portovac e restituir vácuo 1x turno;	
Esvaziar coletor de refluxo gástrico, registrar volume e observar aspecto de 1/1h – 6/6h;	
Testar permeabilidade do cateter vesical;	
Informar término da cirurgia, quando paciente acordar;	
Situar o paciente no ambiente e quanto sua dependência de cuidados;	
Assegurar a presença contínua de um membro da equipe de enfermagem;	
Administrar medicamentos para reduzir ansiedade conforme prescrição médica;	
Observar alterações na pele (aspecto, coloração);	
Orientar o uso do travesseiro para proteção do esterno no PO;	
Mensurar PVC 1/1h – 4/4h – 6/6h;	

UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO PROTOCOLO DE PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM AO 3º DIA DE PÓS-OPERATÓRIO (3ºPO) DE CIRURGIA CARDÍACA	
Grupo de intervenções oriundas das prescrições de enfermagem planejadas	Intervenção representativa
Verificar sinais vitais conforme rotina e S/N; Verificar temperatura corporal conforme rotina e S/N; Monitorar ritmo cardíaco, comunicando alterações; Monitorar frequência respiratória; Monitorar alterações nos sinais vitais; Aquecer paciente com uso de cobertores; Aquecimento do ambiente (ar condicionado); Descobrir o paciente; Aplicar compressas frias; Realizar banho de leito frio;	Verificar sinais vitais (atentar para ritmo cardíaco) e oximetria de pulso conforme rotina e S/N, comunicando alterações à enfermeira;

Administrar anti-térmico conforme prescrição médica; Monitorar e registrar oximetria de pulso 15/15min – conforme rotina;	
Monitorar dependência de oxigenioterapia;	Monitorar dependência de oxigenioterapia;
Monitorar sinais e sintomas de hiperglicemia: poliúria, polidipsia, fraqueza, visão embaçada, cefaléia; Monitorar sinais e sintomas de hipoglicemia: tremor, visão embaçada, taquicardia, palpitações, palidez, náusea, cefaléia, sonolência, fraqueza, confusão, tontura, desmaio; Monitorar glicemia sanguínea 1/1h – 4/4h – 6/6h; Administrar insulina CPM; Administrar glicose hipertônica CPM;	Controlar glicemia CPM e comunicar alterações a enfermeira;
Atentar para relato verbal e expressão facial de dor; Observar contratura muscular; Questionar presença de dor e registrar a natureza, localização e intensidade da dor; Questionar presença de dor; Administrar analgésico conforme prescrição médica; Relacionar dor aguda à crônica;	Questionar presença de dor e registrar natureza, localização e intensidade, comunicando a enfermeira;
Explicar os procedimentos ao serem realizados;	Explicar os procedimentos ao serem realizados;
Controlar nutrição;	Oferecer dieta conforme aceitação;
Realizar banho de leito;	Realizar banho de leito 1x dia;
Atentar para presença de hematomas, hiperemia, sinais flogísticos e seroma, na presença comunicar a enfermeira; Observar descontinuidade da pele durante a mobilização;	Atentar para locais de descontinuidade da pele, presença de hematomas, hiperemia, sinais flogísticos e seroma, comunicando a enfermeira;
Realizar curativos com técnica asséptica em feridas operatórias e inserções de cateteres; Inspecionar incisões cirúrgicas, inserções de cateteres e drenos; Inspecionar incisões cirúrgicas, inserções de cateteres, drenos e descontinuidade da pele; Observar sangramento em incisões cirúrgicas, cateteres e orifícios; Observar sangramento em incisão cirúrgica, na presença comunicar a enfermeira;	Realizar curativos com técnica asséptica em feridas operatórias e inserções de cateteres 1x dia e S/N, atentando para presença de sangramento e demais alterações, comunicando a enfermeira;
Avaliar incisão cirúrgica para suspensão de curativo oclusivo;	Avaliar incisão cirúrgica para suspensão de curativo oclusivo;
Trocar punções e dispositivos conforme validade;	Trocar punções e dispositivos conforme validade;
Orientar o uso do travesseiro para proteção do esterno no PO;	Manter o uso do travesseiro para proteção do esterno no PO;
Usar colchão piramidal; Mobilizar o paciente conforme possibilidade; Estimular mobilização do leito; Sentar o paciente no leito; Auxiliar o paciente a sair do leito;	Sentar paciente no leito e auxilia-lo a sair do mesmo;
Registrar volume administrado de 1/1h – 6/6h;	Registrar volumes administrados 6/6h;
Esvaziar coletor de diurese, registrar volume e observar coloração de 1/1h – 6/6h;	Esvaziar coletor de diurese e registrar volume, observando coloração de 6/6h;
Realizar reeducação de esfíncter urinário;	Manter reeducação de esfíncter urinário de 3/3h, desclampeando antes se solicitação do paciente;
Oferecer papagaio ou comadre para diurese espontânea e mensurar volume ao desprezar;	Oferecer papagaio ou comadre e mensurar diurese ao desprezar;
Realizar balanço hídrico 6/6h;	Realizar balanço hídrico 6/6h;
Reduzir ruídos ambientais;	Proporcionar sono e repouso adequados, reduzindo

Manter luminosidade adequada no período de sono; Organizar os procedimentos, diminuindo perturbações durante o sono;	ruídos ambientais, mantendo luminosidade adequada e organizando os procedimentos, de modo a diminuir perturbações;
Intervenções que não se aplicam ao 3º PO	
Monitorar temperatura corporal continuamente e registrar conforme rotina;	
Registrar temperatura corporal 15/15 min;	
Registrar sinais vitais de 15/15min;	
Monitorar sinais vitais continuamente;	
Mensurar PVC 1/1h – 4/4h – 6/6h;	
Mensurar PAE 1/1h – 4/4h – 6/6h;	
Registrar sinais vitais de 15/15min;	
Manter irrigação de cateter de AE com SF 0,9% 10ml/h;	
Manter permeabilidade de cateter de PAM com flusch;	
Monitorar continuamente traçado cardíaco e curva de pressão arterial no console do balão intra-aórtico, comunicando alterações a enfermeira;	
Manter permeabilidade de cateter de balão intra-aórtico com flusch;	
Adotar medida de aquecimento periférico do membro de inserção do balão intra-aórtico;	
Observar fixação e funcionamento do gerador de marcapasso provisório;	
Aquecimento mecânico (manta térmica);	
Aquecimento de soluções intravenosas;	
Monitorar os resultados laboratoriais de uréia e creatinina séricas;	
Orientar comunicação por gestos;	
Monitorar resposta ao desmame ventilatório;	
Verificar pressão do cuff 1x dia;	
Observar referência em centímetros do tubo endotraqueal;	
Mudar localização do tubo endotraqueal 1x dia;	
Mudar fixação do tubo endotraqueal 1x turno e S/N;	
Aspirar com técnica asséptica secreções traqueobrônquicas antes da extubação;	
Aspirar com técnica asséptica secreções traqueobrônquicas;	
Testar permeabilidade do cateter vesical;	
Observar alterações na pele (aspecto, coloração);	
Testar sonda nasogástrica na admissão;	
Evitar troca de curativo oclusivo da incisão cirúrgica nas primeiras 24 horas de pós-operatório;	
Informar término da cirurgia, quando paciente acordar;	
Situar o paciente no ambiente e quanto sua dependência de cuidados;	
Assegurar a presença contínua de um membro da equipe de enfermagem;	
Administrar medicamentos para reduzir ansiedade conforme prescrição médica;	
Esvaziar frasco de dreno de portovac e restituir vácuo 1x turno;	
Esvaziar coletor de refluxo gástrico, registrar volume e observar aspecto de 1/1h – 6/6h;	
Ordenhar drenos e observar presença de coágulos;	
Registrar volume de drenagens de 1/1h – 6/6h;	

ANEXO I



ASSOCIAÇÃO DE CARIDADE SANTA CASA DO RIO GRANDE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Protocolo: Nº 008/2008

Título do Projeto: O Processo de enfermagem em Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória cardiológica: Implicações na Prática e na Valorização Profissional da Enfermagem.

Objetivos: Elaborar em conjunto com as enfermeiras da Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória Cardiológica uma proposta de Processo de Enfermagem informatizado a ser implementado junto aos clientes em pós-operatório de cirurgias cardíacas; identificar a percepção das enfermeiras desta unidade quanto à visibilidade das ações de enfermagem, reconhecimento e valorização da profissão, com a implantação do Processo de Enfermagem informatizado.

Pesquisador (a) responsável: Mestranda Flávia Lamberti Pivoto

Orientador (a): Prof. Dr. Enf. Wilson Danilo Lunardi Filho

Parecer: O CEPAS / A.C. Santa Casa do Rio Grande **APROVA** o desenvolvimento do projeto acima citado. Os dados contidos neste estudo somente serão utilizados nesta pesquisa. Ressalva a importância de apresentar um relatório final a este comitê.

Rio Grande, 27 de junho de 2008.

Prof.ª Dra. Susi Helene Lauz
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
da ACSCRG