

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINESE
DIRETORIA DE POS GRADUAÇÃO
CURSO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

FRANCIELA POSSAMAI DELLA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM PÓS-OPERATÓRIO
IMEDIATO DE CIRURGIA CARDÍACA**

CRICIÚMA, SETEMBRO DE 2011.

FRANCIELA POSSAMAI DELLA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM PÓS-OPERATÓRIO
IMEDIATO DE CIRURGIA CARDÍACA**

Trabalho de conclusão de curso como pré-requisito para obtenção do grau de Especialista em Assistência de Enfermagem em Urgência e Emergência pela Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC.

Orientadora: Prof^a Esp. Mariana Freitas Comin

CRICIÚMA, SETEMBRO DE 2011.

Dedicatória:

Dedico este trabalho a minha família pelo incentivo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas às pessoas que colaboraram diretamente ou indiretamente para que eu realizasse este trabalho, em especial a DEUS, que nesta etapa de minha vida, sempre iluminou o meu caminho, concedeu-me força, saúde e sabedoria para seguir em frente.

Ao meu querido pai ROBERTO, companheiro e incentivador. Obrigada pelo carinho e por ter investido em mim, propiciando condições para que pudesse ir em frente nessa caminhada, e por estar ao meu lado em todos os momentos.

À minha querida mãe MARLENE, amiga, companheira e incentivadora. Obrigada pelo teu carinho e imenso amor e por ter propiciado condições para que pudesse ir em frente nessa caminhada. E por estar ao meu lado em todos os momentos.

Ao meu irmão JULIANO, amigo que com seu jeito extrovertido sempre me incentivou durante essa trajetória. Obrigada por tudo, tu és o irmão que todos gostariam de ter.

Ao meu Marido RAFAEL, que sempre ofereceu seu ombro quando as lágrimas chegavam nos momentos de dificuldade. Obrigada pelo amor e paciência.

À minha família, que sempre esteve presente renovando minhas forças. Obrigada por existir em minha vida.

A EQUIPE da UTI cardiaca muito obrigada pelo carinho e paciência.

Finalmente, eu gostaria de agradecer as pessoas que aceitaram participar desta pesquisa, por compartilharem comigo momentos desta trajetória.

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo principal Elaborar e aplicar uma proposta de assistência de enfermagem no pós operatório imediato de cirurgia cardíaca dos pacientes internados na Unidade de terapia intensiva do Hospital São José de Criciúma –SC, utilizado a sistematização da assistência de enfermagem, a partir da teoria de Vanda de Aguiar Horta. Identificando e caracterizando os pacientes pós operatório imediato de cirurgia cardíaca internados na unidade de terapia intensiva do Hospital São José. Fizeram parte da pesquisa 5 pacientes no pós operatório de cirurgia cardíaca. Os dados foram obtidos através de entrevistas e após a coleta os mesmos foram analisados e discutidos. O presente estudo permitiu-nos alcançar todos os objetivos propostos. Elaboramos a partir da prática assistencial uma proposta de assistência de enfermagem para pacientes internados na UTI no pós operatório de cirurgia cardíaca.

Palavras-chave: Cirurgia cardíaca, assistência de enfermagem e UTI.

ABSTRACT

This study aims to develop and implement a primary nursing care proposed in the immediate postoperative cardiac surgery patients admitted to the intensive care unit of Hospital São José-SC Crickhowell, used the systematization of nursing care, from the theory of Vanda de Aguiar Horta. Identifying and characterizing the patients immediate postoperative cardiac surgery in hospital intensive care unit of Hospital São José. Fizeram part of the research in five patients after cardiac surgery. Data were collected through interviews and collected after they have been analyzed and discussed. This study allowed us to achieve all goals. We developed from a proposal for healthcare practice nursing care for patients admitted to the ICU after cardiac surgery.

Keywords: Cardiac surgery, nursing care and ICU.

SUMÁRIO

1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA	10
2 QUESTÃO NORTEADORA DA PRÁTICA ASSISTENCIAL	11
3 OBJETIVOS	12
3.1 Objetivo Geral	12
3.2 Objetivos Específicos	12
4 REVISÃO DE LITERATURA	14
4.1 Unidade de Terapia Intensiva	14
4.2 Coração	16
5 REFERENCIAL TEÓRICO.....	20
5.1 O método OTDPIA	21
6 TRAGETÓRIA METODOLÓGICA	25
6.1 Tipo de Estudo.....	25
6.2 Tipo de Pesquisa	25
6.3 Local do Estudo	26
6.4 Participantes	26
6.5 Desenvolvimento da Prática Assistencial.....	26
6.6 Aspectos Éticos	27
7 CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES	28
8 RELATO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM.....	32
8.1 Campo de Estágio.....	32
8.2 Objetivos.....	33
9 BIBLIOGRAFIA	34
APÊNDICE A	39
APÊNDICE B	40
APÊNDICE C	41

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Gênero	28
Gráfico 2 - Faixa etária.....	28
Gráfico 3 - Tipo de cirurgia.....	29
Gráfico 4 - Circulação extracorpórea	30
Gráfico 5 - Estado civil.....	30
Gráfico 6 - Ocupação	31

LISTA DE SIGLA

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

A sistematização da assistência de enfermagem – SAE – é uma atividade deliberada, por meio da qual a assistência de enfermagem é abordada de forma organizada e sistematizada. Através deste método o enfermeiro avalia e registra o estado saúde/doença do cliente assistido, diagnostica suas necessidades, implementa os cuidados, priorizando o cuidado de enfermagem de qualidade, conforme resolução do COFEN nº 358, de 15 de outubro de 2009.

A SAE, é atividade privativa do enfermeiro(a), utiliza métodos e estratégias de trabalho científico para a identificação das situações de saúde/doença, subsidiando ações de assistência de Enfermagem que podem contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do cliente e família Deve ocorrer em toda instituição de saúde, publica ou privada, desde que registrada formalmente no prontuário do cliente

Com o avanço da cirurgia cardíaca e complexidade e e expansão dos cuidados de enfermagem a pacientes no pos operatório de cirurgia cardíaca. A enfermagem deve aprimorando seus conhecimentos e propondo alternativas de assistência de qualidade conforme as necessidades de cada paciente.

A qualidade da assistência prestada ao cliente/família envolve a cooperação de uma equipe multidisciplinar (fisioterapeuta, nutricionista, farmacêutico...), embora se atribua a médicos e enfermeiros a maior parcela da responsabilidade e autoridade. Sendo que na equipe multiprofissional o enfermeiro é fundamental, uma vez que é o responsável por liderar a equipe e prestar os cuidados de enfermagem, visando uma assistência de qualidade. Para Smeltzer & Bare (1999), a principal finalidade do período pós-operatório é restabelecer o equilíbrio fisiológico da pessoa, promovendo conforto, alívio da dor e evitando o surgimento de complicações.

Sendo assim, cabe à equipe e ao enfermeiro que assiste à pessoa que se submeteu à cirurgia cardíaca, ser capaz de realizar uma avaliação criteriosa e tomar decisões imediatas, a fim de permitir-lhe um retorno rápido, seguro e confortável de suas funções.

Diante disso Como fundamentação teórica para subsidiar a elaboração da proposta da Metodologia da Assistência de Enfermagem, propomos a Teoria Vanda de Aguiar Horta, os resultados com base nos métodos que foram aplicados, neste momento passou-se a desenhar-se o padrão de enfermagem desenhado hoje.

Na teoria de Vanda de Aguiar Horta vemos que o processo de enfermagem é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência do ser humano. Assim sendo, a enfermagem como ciência deve desenvolver e lutar pelos seus direitos e exercer seus direitos como valorização e reconhecimento da profissão. Como a sistematização da assistência de enfermagem era desconsiderada e desvinculada da prática assistencial, o COFEN lutou pela causa e pela disciplina, sendo que, a partir de 2002, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) deve ser desenvolvida em qualquer repartição pública ou privada, sendo parte do plano de ações e estratégias para uma assistência integral e holística para o indivíduo que dela necessita.

2 QUESTÃO NORTEADORA DA PRÁTICA ASSISTENCIAL

Qual prática assistencial pode ser desenvolvida no pós operatório imediato de cirurgia cardíaca nos pacientes internados na Unidade de terapia intensiva num Hospital do município de Criciúma –SC, utilizando a sistematização da assistência de enfermagem, a partir da teoria de Vanda de Aguiar Horta?

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Elaborar e aplicar uma proposta de assistência de enfermagem no pós operatório imediato de cirurgia cardíaca dos pacientes internados na Unidade de terapia intensiva num Hospital do município de Criciúma –SC, utilizando a sistematização da assistência de enfermagem, a partir da teoria de Vanda de Aguiar Horta.

3.2 Objetivos Específicos

- ✓ Identificar e caracterizar os pacientes pós operatório imediato de cirurgia cardíaca internados na unidade de terapia intensiva num Hospital do município de Criciúma –SC;
- ✓ Prestar assistência de Enfermagem aos pacientes, identificando quais ações e estratégias podem ser desenvolvidas pelo enfermeiro no pós operatório imediato de cirurgia cardíaca;
- ✓ Aprimorar técnicas e procedimentos de enfermagem.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Unidade de Terapia Intensiva

Os serviços de Terapia Intensiva são áreas destinadas a prestarem assistência a clientes gravemente enfermos e de risco que exijam assistência médica e de enfermagem ininterruptas, além de equipamentos e recursos humanos especializados (BRASIL, 1988, Portaria nº466).

As Unidade de Terapia Intensiva devem funcionar atendendo a um parâmetro de qualidade que assegure a cada paciente: o direito à sobrevivência, assim como a garantia, dentro dos recursos tecnológicos existentes, da manutenção da estabilidade de seus parâmetros vitais; o direito a uma assistência humanizada; uma exposição mínima aos riscos decorrentes dos métodos propedêuticos e do próprio tratamento em relação aos benefícios obtidos; o monitoramento permanente da evolução do tratamento assim como de seus efeitos adversos (CINTRA et Al, 2003).

As Unidades de Terapia Intensiva são áreas destinadas a tratamentos de alta complexidade de pessoas em condição crítica de saúde. Por este motivo, estas unidades dispõem de infra-estrutura e equipamentos próprios, recursos materiais e recursos humanos especializados, possibilitando uma assistência contínua. O propósito é desenvolver um trabalho com segurança com a finalidade de manter a vida e recuperar a saúde (ROSSO e SIFRONI, 2004, p.07).

A enfermagem, enquanto profissão, surgiu na Inglaterra, no século XIX, com o trabalho da jovem Florence Nightingale, recrutando e treinando um grupo de mulheres que prestaram cuidados aos soldados feridos durante a Guerra da Criméia (1854 - 1856). Nessa época Florence selecionava os clientes gravemente enfermos e os colocava próximos à área de trabalho dos enfermeiros, prestando melhor atendimento e observação constante (CINTRA et Al, 2003, p. 13).

O desenvolvimento das Unidades de Terapia Intensiva iniciou com os cuidados aos clientes no pós-operatório imediato. Inicialmente, o tratamento era realizado em ambientes especiais, pela equipe médica. Com o passar do tempo a responsabilidade

pela observação e tratamento clínico dos clientes é realizado pela equipe de enfermagem (CINTRA et Al, 2003, p. 13).

Ao longo da história o serviço de Terapia Intensiva vem se firmando. Nos anos 50, durante a epidemia da Poliomielite, surgem centros tecnológicos, trazendo modernas técnicas de ventilação prolongadas, permitindo aos enfermeiros unirem tecnologia e assistência. Aos poucos surgem unidades especiais para os clientes (cirúrgicos, com problemas neurológicos, pediatria, obstetrícia, neonatologia entre outros) (CINTRA et Al, 2003, p. 13 e 14).

Segundo Lino e Silva apud Rosso e Sifroni (2004) as primeiras UTIs do Brasil foram fundadas nos anos 60. Entretanto, os serviços de Terapia Intensiva desenvolvem-se no país a partir da década de 70, esse período também conhecido por milagre econômico, caracteriza-se, essencialmente, pela busca da modernização, desenvolvimento tecnológico e de métodos diagnósticos e terapêutica.

O surgimento da prática em UTI representou um marco no progresso hospitalar, visto que, antes dela, os clientes gravemente enfermos eram tratados nas próprias enfermarias, com ausência de espaço físico adequado e profissionais capacitados. (CINTRA et Al, 2003).

Atualmente as UTIs fazem parte do contexto hospitalar. Segundo a portaria nº 466 (1988) do Ministério da Saúde “é obrigatória a existência de UTI em todo hospital secundário ou terciário com capacidade igual ou superior a 100 leitos”.

Quanto a sua localização, esta deve permitir acesso restrito, sem trânsito para demais departamentos, estar próxima aos serviços de apoio, centro cirúrgico, serviço de emergência e sala de recuperação pós-anestésica. (CINTRA et Al, 2003, p. 15).

Conforme o Ministério da Saúde (Portaria nº 466, 1988) O número de leitos de UTI em cada hospital deve corresponder a entre 6% e 10% do total de leitos existentes no hospital, a depender do porte e complexidade deste, e levando-se em conta os seguintes parâmetros referenciais: 5% de leitos UTI Adulto em se tratando de Hospitais Gerais; 5% de leitos UTI Pediátricos em relação ao total de leitos pediátricos do Hospital; 5% de leitos de UTI Neonatal em relação ao número de leitos obstétricos do Hospital; 10% de leitos de UTI especializada, em se tratando de Hospitais Gerais que

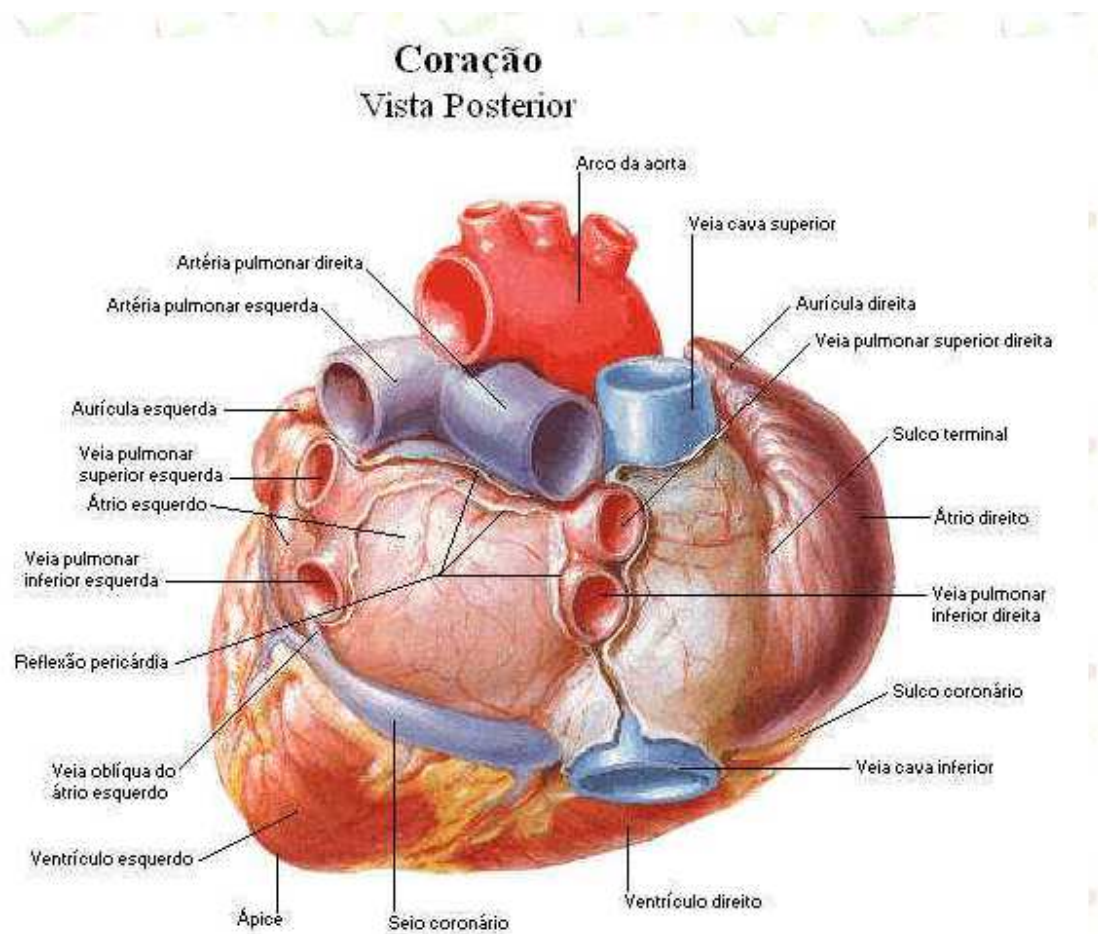
realizem cirurgias complexas como Neurocirurgia, Cirurgia Cardíaca e que atendam trauma e queimados”

A disposição dos leitos de UTI pode ser em área comum, quartos fechados ou mistos e, sempre, deverá permitir a observação contínua dos pacientes, seja de forma direta ou indireta. A área comum é encontrada mais facilmente, permite a observação direta durante todo o período. É indicada a separação dos leitos por divisórias laváveis, mantendo a privacidade dos pacientes (CINTRA et Al, 2003). E neste caso é necessário, no mínimo, a criação de duas áreas fechadas para os leitos de isolamento (BRASIL, 1988, Portaria 466).

Conforme Cintra et Al, 2003 o sucesso de uma UTI depende de inúmeros fatores e entre eles está o trabalho em equipe, do planejamento a execução e a avaliação. Os esforços devem estar direcionados a assistência de qualidade aos clientes, administração, pesquisa e educação

4.2 Coração

Cada metade do coração contém uma cavidade superior e inferior que se comunicam entre si: átrio e o ventrículo. O átrio direito recebe sangue insaturado das veias cavas superiores e inferiores e da circulação coronária via seio coronário. O átrio esquerdo recebe sangue oxigenado dos pulmões via veias pulmonares. Através dos átrios, o sangue flui através das valvas atrioventriculares para dentro dos ventrículos. O ventrículo esquerdo bombeia sangue em direção aos grandes vasos do sistema circulatório sistêmico: a aorta e seus ramos principais em direção a cabeça, extremidades superiores, órgãos abdominais, e extremidades inferiores. As artérias mamárias (torácicas) internas direita e esquerda, usadas como enxertos durante a cirurgia de revascularização do coração, se ramificam a partir das artérias subclávias no pescoço, caminhando por e paralelamente as bordas do esterno. As artérias do sistema circulatório subdividem-se em arteríolas e eventualmente em capilares, onde ocorrem a respiração e trocas metabólicas. Dos leitos capilares, o sangue insaturado flui em direção as vênulas e veias, finalmente retornando ao átrio direito. (Alexander, 2009)



<http://www.afh.bio.br/cardio/Cardio2.asp>

No sistema circulatório pulmonar, o sangue é bombeado pelo ventrículo direito, através da valva pulmonar, em direção à artéria pulmonar. Esta se divide em artérias pulmonares direita e esquerda, as quais se subdividem ainda mais em arteríolas e capilares nos pulmões. A respiração externa ocorre nos leitos capilares onde, onde o dióxido de carbono é trocado pelo oxigênio. O sangue oxigenado sai dos pulmões e circula em direção às veias pulmonares e daí para o átrio esquerdo. (Alexander, 2009).

A circulação coronária leva oxigênio e elementos nutritivos ao miocárdio. O coração recebe o seu suprimento de sangue das artérias coronárias esquerda e direita, as quais tem origem nos seios da Valsalva atrás das cúspides da valva aórtica na aorta

ascendente. A artéria coronária esquerda principalmente se divide em artéria coronária descendente anterior esquerda e artéria coronária circunflexa; juntamente com a artéria coronária direita, essas artérias representam os três principais vasos do sistema arterial coronariano. Dependendo da severidade da lesão, as placas ateroscleróticas no interior dessas artérias colocam em risco o fluxo sanguíneo e oxigenação miocárdicos, produzindo dor isquêmica (em alguns casos) e lesão irreversível, se não tratada. (Alexander 2009).

As artérias coronárias principais estão situadas no epicárdio , o que facilita a sua acessibilidade durante os procedimentos de revascularização coronária. Dessas artérias surgem as perfurantes septais e outros ramos que penetram todo o miocárdio. As veias cardíacas se esvaziam dentro do átrio direito através do seio coronário; as veias tebesianas, proeminentes das paredes do átrio direito e do ventrículo direito, se abrem diretamente nessas cavidades.

O processo de excitação e contração tem origem no nódulo sinoatrial, localizado na área onde a veia cava superior se encontra com o átrio direito. O impulso se dissemina para os átrios através de vias internodais e se desloca até a junção átrio ventricular (AV) (que contém o nódulo AV)., localizada medialmente a entrada do seio coronário no átrio direito próximo da valva tricúspide. Da junção AV, o impulso se propaga até o feixe de His, o qual se estende para baixo no lado direito do septo interventricular. O feixe se divide nos ramos direito e esquerdo que terminam numa rede de fibras denominada sistema de Purkinje. As fibras de Purkinje se espalham pela superfície interna de ambos os ventrículos e músculos papilares, os quais, quando estimulados, produzem uma contração do músculo cardíaco. A localização do tecido de condução é clinicamente significativa durante a correção cirúrgica dos defeitos septais atrial e ventricular.(Alexander 2009)

Durante a contração e relaxamento do miocárdio, o fluxo unidirecional do sangue é mantido pelas quatro valvas cardíacas. As valvas atrioventriculares estão localizadas entre os átrios e os ventrículos. A valva atrioventricular direita é denominada valva tricúspide e contém três folhetos . A valva atrioventricular esquerda , chamada de mitral contém dois folhetos. Cada uma dessas valvas é um sistema complexo que consiste em um anel fibroso ao redor do orifício valvar , de cúspides ou folhetos

valvares, de cordoalhas tendíneas, e músculos papilares, os quais ancoram a valva a parede ventricular interna. Quando o ventrículo se contrai, esses músculos e cordoalhas tendíneas, conectados aos folhetos valvares, evitam que os folhetos se projetem para dentro do átrio. Todas as partes do sistema obrigatoriamente tem de estar funcionando para que a valva funcione adequadamente. As valvas semilunares estão localizadas nas vias de saída dos ventrículos direito e esquerdo. Essas valvas são denominadas, respectivamente, valva pulmonar e valva aórtica. Elas são menos complexas que as valvas atrioventriculares, abrindo e fechando passivamente com as flutuações cíclicas da pressão e volume sanguíneos que ocorrem durante a sístole e a diástole. (Alexander 2009)

As anormalidades como estenose, insuficiência ou uma combinação de ambas perturbam a função mecânica das valvas. As valvas estenosadas têm os folhetos fibrosos e rígidos, com margens desiguais e aderentes. As valvas insuficientes como aquelas com degeneração ou perfuração dos folhetos, anéis dilatados, ou cordoalhas tendíneas corrompidas produzem regurgitação de sangue para dentro da cavidade onde ele provém. Esses distúrbios, ou uma combinação de estenose e insuficiência, sobrecarregam o miocárdio ao aumentar a pressão e volume intracardíacos e a sobrecarga de trabalho. Qualquer uma das quatro valvas pode estar deformada congenitalmente. A cardiopatia valvar adquirida afeta mais comumente as valvas mitral e aórtica e acredita-se que seja decorrente de grande estresse associado com maiores pressões dentro das cavidades esquerdas do coração. (Alexander 2009).

5 REFERENCIAL TEÓRICO

A teoria utilizada para a realização da prática assistencial é de Wanda de Aguiar Horta; teoria das *Necessidades humanas básicas*.

Segundo Leopardi (2006) Wanda Horta nasceu em 11 de agosto de 1926, em Belém do Pará. Formou-se em enfermagem na Escola de Enfermagem da USP, em 1948. Ao longo de sua brilhante carreira exerceu funções didáticas, técnicas e administrativas. Horta foi a pioneira na luta para implementação da sistematização da assistência de enfermagem, de modo que seu trabalho incentivou a busca pela sistematização.

Sua teoria fundamenta-se em uma abordagem humanista e empírica, inspirada em Maslow; cuja teoria aborda a motivação humana. A teoria entende que o ser humano tem necessidades básicas, que quando em desequilíbrio pode abalar seu conceito de saúde.

Leopardi (2006) afirma que o foco da teoria, segundo Horta, é manter o ser humano sempre em estado de equilíbrio a partir de suas necessidades básicas, que são conceituadas como problemas de enfermagem. O sujeito da ação de enfermagem segundo Horta é o enfermeiro, que realiza o processo de enfermagem através da metodologia proposta.

As pressuposições básicas definidas como princípios da teoria de Horta são: a enfermagem respeita e mantém a unicidade, autenticidade e individualidade do ser humano; a enfermagem é prestada ao ser humano e não a sua doença ou desequilíbrio; todo cuidado de enfermagem é preventivo, curativo e de reabilitação; a enfermagem reconhece o ser humano como membro de uma família e de uma comunidade; a enfermagem reconhece o ser humano como elemento participante ativo de seu auto-cuidado.

Horta foca sua teoria preconizando as necessidades universais do ser humano, comuns a todo ser humano, sendo elas as necessidades psicobiológicas, psicoespirituais e psicossociais. As necessidades psico-biológicas são as que estão relacionadas com o corpo físico; oxigenação, alimentação, eliminação, sono/repouso, higiene. As psico-espirituais são as que derivam dos valores e crenças dos indivíduos,

opção por encarar a doença e tratamento, apoio espiritual. As psico-sociais são as relacionadas com sua convivência com outros seres humanos, família, instituições sociais, lazer, trabalho.

Sendo assim a enfermagem segundo Leopardi (2006), definida por Horta, é a ciência que objetiva a satisfação das Necessidades Humanas do indivíduo, agindo no sentido de manter o paciente em equilíbrio e com saúde, utilizando de seus princípios técnicos e científicos para melhoria e intervenção na saúde do indivíduo a ser tratado.

5.1 O Método OTDPIA

A Resolução COFEN (272/2002) Permite a sistematização da Assistência de Enfermagem que tem como finalidade organizar a assistência do enfermeiro através de uma metodologia escolhida para prestação dos cuidados de enfermagem.

Seja qual for o modelo escolhido para a sistematização de enfermagem, deve conter etapas planejadas de acordo com a realidade da situação a que se prestam, com a finalidade de ter sua aplicabilidade garantida.

O método OTDPIA derivou do OTDP (criado por Maria Tereza Leopardi e Eliana Faria-2003) e implementado por Luciane Ceretta e Mágada T. Schwalm-2008).

Ouvir: (Ouvir): significa estar atento ao que o outro fala e expressa, é uma via de mão dupla. O Enfermeiro ouve a história contada e está atento a não fazer somente perguntas e esperar respostas, mas estabelecer diálogo, trocando informações, oportunizando momentos de aprendizagem mútua. O Enfermeiro precisa qualificar o que está ouvindo, utilizando-se de seu conhecimento científico prévio e relacionando o que ouve com o que lhe é dito de forma verbal ou não verbal.

O enfermeiro precisa observar expressões, gestos e ações do paciente, interagindo assim com o paciente e tornando o diálogo agradável e repleto de informações importantes para esta qualificação.

O cuidado não significa apenas relações amigáveis e afetivas, também significa competência, aprimoramento, experiência e responsabilidade (LACERDA, apud WALOW, 1998).

É o momento em que o enfermeiro conhece hábitos individuais, coletivos, sociais, comunitários visando a identificação de problemas ou demandas terapêuticas.

Salientamos que nesta proposta de método para implementação da MAE (Metodologia da Assistência de Enfermagem), consideramos que qualificar o ouvir também seja utilizar-se de terminologias científicas, ou seja, os termos populares utilizados pelos pacientes podem agora ser transformados em terminologia científica. Os termos populares utilizados que não houver terminologia científica ou quando mantidas as falas *ipseliteris* devem ser mantidas entre aspas, configurando assim fala própria do paciente ou termos utilizados por ele.

Segundo a resolução 272/2002 do COFEN que normatiza a Sistematização da Assistência de Enfermagem. Segundo esta resolução o exame físico é o momento em que o enfermeiro deverá realizar as seguintes técnicas: inspeção, ausculta, palpação e percussão, de forma criteriosa, efetuando o levantamento de dados sobre o estado de saúde do paciente e anotação das anormalidades encontradas para validar as informações obtidas no histórico.

O cuidar abrange um conjunto de conhecimentos teóricos e práticos, fundamentados numa base científica e humanista (LACERDA, apud BOEHS & PATRÍCIO, 1990).

T (Tocar): É necessário que o enfermeiro (ou discente) tenha (desenvolva) habilidades e competências para o desenvolvimento do exame físico quais sejam: conhecimentos de anatomia, fisiologia, patologia, bioquímica, biofísica, farmacologia, alterações fisiológicas segundo o período da vida (Neonato, infância, adolescência, idade adulto jovem, adulto, climatério, menopausa, idoso) dentre outros. É necessário o estabelecimento da relação entre o conhecimento científico e o observado, auscultado, percutido e palpado.

O cuidado de enfermagem é científico (julgamentos e atos de auxiliar os outros com base em conhecimentos verificados e testados); Humanístico (processo de auxílio criativo, intuitivo e cognitivo, baseado em sentimentos e experiências objetivas, subjetivas e filosóficas e Cognitivamente aprendido. (Lacerda apud Leininger, 1990).

Diagnóstico de Enfermagem: o Enfermeiro após ter analisado os dados colhidos no histórico e exame físico, identificará os problemas de enfermagem, as demandas terapêuticas, as necessidades afetadas e grau de dependência, fazendo julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família e comunidade, aos problemas, processos de vida vigentes ou potenciais.

O diagnóstico de enfermagem deve ter presente: problema ou demanda terapêutica, modificador, primeiro enunciado, segundo enunciado.

Os diagnósticos de enfermagem serão elaborados a partir de qualquer uma das Teoria de Enfermagem, exemplificaremos o Diagnóstico de Enfermagem a partir da Teoria da Transculturalidade e do Auto-cuidado, este diagnóstico seria formulado considerando: As demandas de auto-cuidado, a capacidade de auto-cuidado e o déficit de auto-cuidado a partir dos hábitos culturais de saúde passíveis de preservação, de acomodação e de repadronização.

A taxonomia proposta pelo Curso de Graduação para uso no diagnóstico de Enfermagem é a partir da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).

Planejamento das Intervenções: partimos dos pressupostos que o enfermeiro seja conhecedor de estratégias de planejamento de suas atividades, entre elas as intervenções profissionais com, sobre e para o paciente. As ações não planejadas têm menor probabilidade de eficácia, eficiência e efetividade.

No caso das ações voltadas ao cuidado de enfermagem a realidade não se diferencia. Aqui o enfermeiro após ouvir o paciente, realizar seu exame físico a partir dos métodos propedêuticos diagnóstica e planeja suas ações a partir destes diagnósticos.

Salientamos que o plano das intervenções deverá ser elaborado a partir do segundo enunciado do diagnóstico de enfermagem, pois será atuando sobre ele que o planejamento das intervenções e sua execução darão conta do problema.

O planejamento destas intervenções obedecerão os princípios das mesmas Teorias de Enfermagem- por exemplo se utilizado da Transculturalidade e da Teoria do Auto-cuidado, quais sejam: requisitos de auto-cuidado, requisitos de auto-cuidado de desenvolvimento e requisitos de cuidado universal e nelas as ações de enfermagem

passíveis de preservação, de acomodação e de repadronização. O planejamento das intervenções deverá apresentar os responsáveis pelas ações.

Intervenções de Enfermagem: Diz respeito às ações propriamente ditas: técnicas de enfermagem, encaminhamentos, orientações, dentre outros; previstas no planejamento das intervenções de Enfermagem.

A implementação dos cuidados segundo Leopardi (2006, p.94) é a execução ou distribuição das atividades propostas entre os agentes da equipe de enfermagem, em torno de quantidade e qualidade adequados.

Avaliação das Intervenções de Enfermagem: propomos a avaliação das intervenções de enfermagem a partir de novos encontros, ou seja, no caso de assistência de enfermagem a nível ambulatorial, será a partir de novos encontros que o enfermeiro (acadêmico) poderá avaliar suas propostas de intervenções, a exemplo: os curativos propostos a serem desenvolvidos em feridas serão reavaliados em cada procedimento executado na clínica; a presença de tosse poderá ser reavaliada em novo encontro após orientações e execução das ações; transtornos da ansiedade (síndrome do pânico) poderão ser reavaliados após iniciação do paciente em grupo terapêutico, assim como pacientes hipertensos e assim sucessivamente. No caso da MAE ter sido desenvolvida em sua íntegra com pacientes hospitalizados, a avaliação das intervenções de enfermagem poderão ocorrer no prazo de 24 horas.

Os registros de enfermagem devem fazer parte do prontuário do paciente e servir de fonte de dados para processo administrativo, legal, e de pesquisa. Segundo LABBADIA (2006), "durante a análise de informações contidas nos prontuários dos clientes/pacientes, são verificados os registros dos prontuários relativos à prescrição médica, as de enfermagem e controles pertinentes, e se os registros de enfermagem estão completos, legíveis e assinados".

Possari (2007, p.132), apresenta definições de registros ou anotações de enfermagem emitidos por Argerami, Nóbrega e Cianciarullo, apresentemos o último citado: "é o registro sistematizado elaborado pela equipe de enfermagem no prontuário do paciente do tratamento, das alterações subjetivas, objetivas observadas, ou referidas pelo paciente ou acompanhante".

6 METODOLOGIA

Quando referenciamos metodologia da pesquisa, consideramos como um caminho de pensamento a ser seguido para descrever a prática da realidade (MINAYO 1994). Indica os passos a serem seguidos para a obtenção dos dados pertinentes ao tema proposto.

6.1 Tipo de estudo

O estudo realizado foi de natureza qualitativa. Tratar-se de um estudo de cunho qualitativo e descritivo, segundo Martinelli (1999) a pesquisa qualitativa possui um caráter inovador, através da busca de significados atribuídos pelos sujeitos às suas experiências sociais e como construção coletiva, onde parte da realidade dos sujeitos e a eles retorna de forma crítica e reflexiva. É muito importante que possamos perceber com clareza e afirmar com convicção que a relação entre pesquisa quantitativa e qualitativa não é de oposição, mas de complementaridade e de articulação (MARTINELLI, 1999). Continua o autor em sua fala que as técnicas mais utilizadas na pesquisa qualitativa são de certa forma a história de vida, história oral, observação participante, estudo de caso, análise de conteúdo, entrevista, entre outros.

Pesquisa descritiva, que se caracteriza para Santos (1999, apud Leopardi 2002) como um levantamento das características conhecidas ou componentes do fato, fenômeno ou problema. Também é necessária a colocação de Gil (2002) quando aborda que é a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou então o estabelecimento da relação entre variáveis. São estudos que possuem como característica a necessidade de explorar uma determinada situação não conhecida e que precisa de maior informação, conclui Leopardi (2002).

6.2 Tipo de pesquisa

Utilizou-se pesquisa tipo estudo de caso que segundo Mendes (2002), representa uma estratégia de investigação que examina um fenômeno em seu estado natural, empregando múltiplos métodos de recolha e tratamento de dados sobre uma

ou algumas entidades (pessoas, grupos ou organizações). O Autor salienta que o estudo de caso fica intimamente ligado ao contexto ou processo estudado. Esse tipo de abordagem não representa um método por si só, mas uma estratégia de pesquisa que permite o uso de métodos qualitativos e quantitativos.

6.3 Local do Estudo

A prática assistencial de enfermagem foi desenvolvida Unidade de tratamento Intensivo do município de Criciúma - SC. A Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) que conta com 10 leitos que atendem pessoas que passaram por cirurgias cardíacas, vasculares, neurológicas e pacientes enfartados.

6.4 Participantes

A pesquisa foi desenvolvida com 5 pacientes pós operatório imediato de cirurgia cardíaca que internaram na Unidade de terapia intensiva no período de 15 de dezembro de 2010 a 14 de janeiro de 2011.

6.5 Desenvolvimento da Prática Assistencial

Primeiro Momento – Solicitado Autorização para desenvolvimento da prática Assistencial por meio de ofício endereçado a enfermeira gerente da unidade de terapia intensiva em que a Prática Assistencial foi desenvolvida . (Apêndice A)

Segundo Momento: Apresentação o projeto de Prática Assistencial ao Enfermeiro Gerente e aos trabalhadores da Unidade de terapia intensiva.

Terceiro Momento: Reconhecimento e descrição detalhado do setor em que a pratica Assistencial de enfermagem foi desenvolvida.

Quarto Momento – Reconhecimento dos pacientes em estudo.

Quinto Momento – Autorização dos pacientes e, ou familiares para a realização das consultas por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido

(Apêndice B), que permitiu o desenvolvimento da prática assistencial e posterior publicação

Sexto Momento: Para o desenvolvimento da prática assistencial foi aplicada a metodologia de assistência com base no OTDPIA fundamentado na teoria de Vanda de Aguiar Horta.(Apêndice C)

Sétimo Momento: Avaliação da Prática Assistencial por meio de entrevista semi-estruturada (Apêndice C) conjuntamente com a orientadora.

Após o término das consultas de enfermagem a pesquisadora realizou a condensação dos dados segundo o proposto por Minayo (2008), que orienta os seguintes passos:**Ordenação dos Dados:** neste momento, é realizado o mapeamento de todos os dados obtidos no trabalho de campo. Aqui estão envolvidos, releitura do material, organização dos relatos e dos dados da observação;

Classificação dos Dados: Nesta fase é importante termos em mente que o dado não existe por si só, através de uma leitura exaustiva e repetida dos textos, estabelecemos interrogações para identificarmos o que surge de relevante (“estruturas relevantes dos atores sociais”). Com base nesse processo se elaboram as categorias específicas. Nesse sentido determinamos os conjuntos das informações presentes na comunicação.

Análise Final: Segundo Leopardi (2002) a análise de conteúdo é toda observação, relação, conjectura, imagem, omissão, objeto, movimento, enfim, tudo aquilo que pode refletir a realidade, e que, além de permitir a formulação de postulados explicativos ou compreensivos, pode ainda produzir novas interrogações sobre a mesma realidade”.

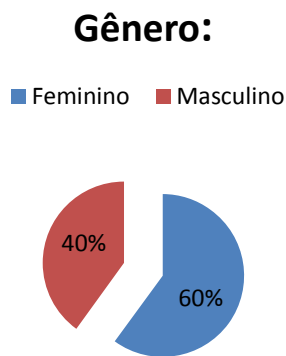
6.6 Aspectos éticos

A resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde se fundamenta nos direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao estado e aos sujeitos envolvidos na pesquisa, respeitando o desejo dos mesmos em relação ao sigilo e anonimato das informações fornecidas, além da desistência a qualquer tempo da participação na pesquisa.

7. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES (Categoria1)

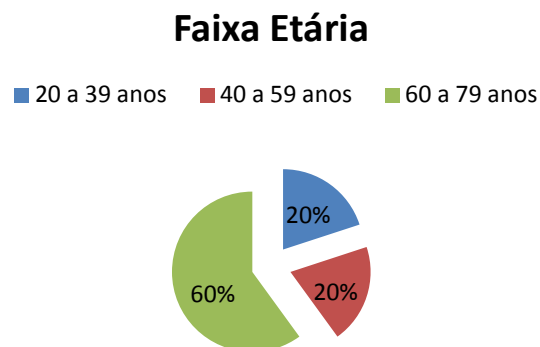
A caracterização dos pesquisados 5 pacientes pós operatório imediato de cirurgia cardíaca estão a seguir apresentados e foram discutidas suas interfaces.

Gráfico 1 - Gênero



Conforme gráfico acima predominou o sexo masculino sendo 3 pacientes do sexo feminino e 2 pacientes do sexo masculino

Gráfico 2 - Faixa etária

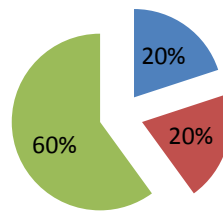


Conforme gráfico acima a faixa etária : 20 a 39 anos aparece 1 paciente; 40 a 59 aparece 1 paciente; 60 a 79 aparece 3 pacientes. Conforme gráfico acima a faixa etária que predominou foi de 60 a 73 anos.

Gráfico 3 - Tipo de cirurgia

Tipo de cirurgia

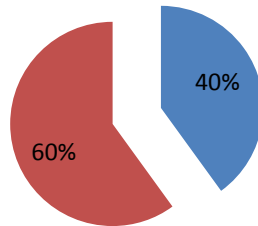
- Troca de válvula aórtica por metálica
- Troca de válvula mitral por biológica
- Revascularização do miocárdio



O tipo de cirurgia: 1 paciente realizou troca de válvula aórtica por metálica, 1 paciente realizou troca de válvula mitral por biológica e 3 pacientes cirurgia de revascularização do miocárdio. Observa-se conforme gráfico acima que o tipo de cirurgia que predominou foi o de revascularização do miocárdio.

Gráfico 4 - Circulação extracorpórea**Circulação Extracorpórea**

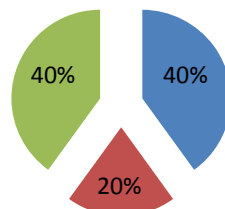
■ Sem CEC ■ Com CEC



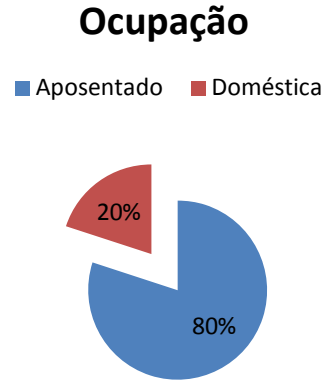
Circulação extra corpórea: 2 pacientes realizou a cirurgia sem circulação extra corpórea e 3 com circulação extra corpórea.

Gráfico 5 - Estado civil**Estado Civil**

■ Viuvo ■ Solteiro ■ Casado



Estado civil: 2 pacientes eram casados, 2 pacientes viúvos e 1 paciente solteiro. Observa-se que conforme gráfico acima o estado civil que predominou foi casado

Gráfico 6 - Ocupação

Ocupação: 4 pacientes eram aposentados e 1 paciente doméstica. Observa-se que a ocupação que predominou foi aposentado.

8. RELATO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM

8.1 Campo de estágio

A entrada no campo de estágio deu-se com a apresentação à enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva, com o relato de nossos objetivos a serem alcançados no período de estágio, no qual fomos muito bem recebidas.

No campo de estágio por ser um setor fechado e não fazer parte da prática de trabalho não nos ambientamos nos primeiros dias, porém o fato de termos sido bem recebidas e a paciência da enfermeira do local fez com que a prática fosse desenvolvida de forma harmônica e prazerosa.

O número de cirurgias cardíacas no período estavam reduzidas devido a ser um período sazonal de férias de alguns profissionais, mesmo assim conseguimos realizar a sistematização da assistência de enfermagem com 5 paciente pós operatório de cirurgia cardíaca.

Após a explanação do projeto a enfermeira, com a proposta de utilizar a sistematização da assistência de enfermagem no pós operatório imediato de cirurgia cardíaca fundamentada na teoria de Wanda Horta para a consulta de enfermagem com o método da OTDPIA (Ouvir, Tocar, Diagnosticar, Planejar, Implementar e Avaliar a assistência prestada) e o fundamento na teoria de Wanda de Aguiar. A enfermagem segundo Leopardi (2006), definida por Horta, é a ciência que objetiva a satisfação das Necessidades Humanas do indivíduo, agindo no sentido de manter o paciente em equilíbrio e com saúde, utilizando de seus princípios técnicos e científicos para melhoria e intervenção na saúde do indivíduo a ser tratado.

Foi observado que as enfermeiras fazem a sistematização da assistência de enfermagem, inclusive utilizam prescrição de enfermagem na qual é checada e utilizada pelos técnicos valorizando e respeitando o trabalho da enfermagem.

Observamos que existe uma equipe multiprofissional que trabalham juntos, contribuindo para o atendimento de forma integral ao paciente.

8.2 Objetivos

Durante a execução do estágio, foram realizadas 5 consultas de enfermagem, utilizando a sistematização da assistência de enfermagem ao paciente pós operatório. No momento da visita dos familiares aos pacientes, após explanar ao mesmos o objetivos do estudo era assinado o termo de consentimento Livre e esclarecido para então realizarmos a pesquisa. Neste momento foi esclarecido na medida do possível dúvidas dos mesmos , já que era observado o olhar de aflição dos mesmo diante do familiar com drenos, curativos, monitorização etc.

Nesse período, buscaram-se procedimentos na UTI geral, na qual o enfermeiro nos possibilitou a realização de procedimentos que viessem a aprimorar nossas habilidades técnicas, como coleta de gasometria arterial , observação da instalação de PVC entre outros.

Durante o estágio de prática assistencial foi possível prestar assistência de enfermagem aos pacientes, utilizado a SAE e o instrumento no apêndice C enfermeiro no pós operatório imediato de cirurgia cardíaca;

É necessário que o enfermeiro seja muito bem preparado e tenha embasamento teórico e habilidade técnica para coordenar a UTI, já que o local é de alta complexidade e os paciente precisam de procedimentos rápidos e com qualidade.

A prática permitiu uma reflexão cuidadosa sobre a alta complexidade no pós operatório de cirurgia cardíaca e ainda de que e possível realizar a sistematização da assistência de enfermagem de forma agradável e com qualidade.

Deixamos como sugestão já que na instituição utiliza-se o tasy (programa de computador) de informatizar a sistematização da assistência de enfermagem e basear-se os cuidados prescritos utilizado-se como referência o NANDA NOC E NIC o que foi utilizado para desenvolver o projeto, para que seja mais rápida a SAE e menos papeis nos prontuários.

O estágio permitiu- nos refletir a importância de que ser enfermeiro é transformar o conhecimento e ações em cuidado, e acompanhar as inovações técnicas e científicas e incorporá-la a prática, transmitindo o conhecimento agregado para que todos os profissionais da equipe multidisciplinar possam usufruir do saber.

9 BIBLIOGRAFIA

ALEXANDER, Edythe Louise; MEEKER, Margaret Huth; ROTHROCK, Jane C. 1948. **Alexander, cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico**. 10.ed Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. 1249p.

ANDRADE, Mirela Pereira. **Assistência de enfermagem a pacientes com infarto agudo do miocárdio internados em unidade de terapia intensiva**. Universidade do Extremo Sul Catarinense.UNESC. Curso de pós graduação especialização em condutas de enfermagem ao paciente critico.Criciúma. Janeiro, 2009.

BRASIL. Portaria nº 466, 4 jun. 1998. **Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Terapia Intensiva**. Diário Oficial da União. 5 jun. 1998. Brasília. Disponível em: www.anvisa.gov.br <<http://www.anvisa.gov.br>>. Acesso em: 03/05/2007.

BRASIL. Ministério da Saúde/Conselho Nacional da Saúde.CONEP. **Cadernos de ética em pesquisa**. Ano 1,v 1, julho de 1998. Disponível em: www.conselho.saude.gov.br. <http://www.conselho.saude.gov.br/comissao/conep/publicacoes>. Acesso em: 01/03/2008

BLACHER, Celso, et al. **Condutas em Cardiologia**.Porto Alegre: Artmed, 2006. 260 p.

BRUNNER, Lillian Sholtis, et al. **Brunner & Suddarth Tratado de enfermagem médico-cirúrgico**. 9.ed Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 4.v

CINTRA, Eliane de Araújo, et al. **Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo**. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2003. 670 p

COREN, Consolidação da legislação e ética profissional/ organizadoras Denise Elvira Pires de Pires et al. Florianópolis: Conselho regional de Enfermagem – SC: Quorum Comunicação,2010. 136 p.: II(Cadernos de Enfermagem).

ESTEFANO, S. Elviani. **Sistematização da assistência de Enfermagem a pacientes vítimas de traumatismo crânio encefálico.** Universidade do Extremo Sul Catarinense.UNESC. Curso de pós graduação especialização em condutas de enfermagem ao paciente critico. Criciúma. Janeiro,2009.

FREITAS, Mariana. **Percepção da dor em pacientes submetidos a cirurgia cardíaca.** Universidade do Extremo Sul Catarinense.UNESC. Curso de pós graduação especialização em condutas de enfermagem ao paciente critico.Criciúma. Janeiro,2009.

GALDEANO, Luzia Elaine. ROSSI, Lidia Aparecida. **Construção e validação de instrumentos de coleta de dados para o período perioperatório de cirurgia cardíaca.** Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.10 no.6 Ribeirão Preto Nov./Dec. 2002

GASPERI, Patricia. **A Enfermagem Promovendo a saúde no cuidado a pessoa que vivenciam cirurgia cardíaca.** Universidade Federal de Santa Catarina. Mestrado em Enfermagem. Florianópolis, 2005.

HADDAD, Maria di Carmo Lourenço. ALCANTARA, Carlos. PRAES, Carlos Sobota. **Sentimentos e percepções do paciente no pós operatório de cirurgia cardíaca, vivenciados em unidade de terapia intensiva.** Ciencia cuidado e saúde. Maringá, v. 4, n. 1 , p. 65-73, jan/abr.2005.

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

JOHNSON, Marion. Et al. **Ligações entre NANDA, NOC e NIC: Diagnóstico, Resultados e Intervenções de enfermagem.** Tradução: Regina Machado Garcez. 2ªed.Porto Alegre: Artmed,2009. 704p.

JORGETTO, G. V, Noronha R, Araújo I. E. Assistência de enfermagem a pacientes cirurgicos: avaliação comparativa. Rev. Eletr. Enf. [Internet] 2005;7(3):273-7. Available from: http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_3/ok/original_03.htm.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Teoria e método em assistência de enfermagem.** Maria Tereza Leopardi. -2 ed. . rev .ampl. Florianópolis: Ed. Soldasoft, 2006, 393P.

_____, Maria. Tereza. et al. **Processo de Trabalho em Enfermagem.** Florianópolis: REPENSUL: ESPENSUL, 1998.

LABBADIA, LL. **Anotações de Enfermagem: Avaliação e Critérios.** In.: D'Innocenzo et al. Indicadores, Auditorias, Certificações. São Paulo: Ed. Martinari, 2006.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Teoria e Metodologia em Assistência de Enfermagem.** Florianópolis – SC, Editora Soldasoft, 2006.

LIMA, Luciano Ramos de. STIVAL, Marina Morato. BARBOSA, Maria Alves, PEREIRA Lílian Varanda. **Controle da dor no pós-operatório de cirurgia cardíaca: uma breve revisão.** Revista Eletrônica de Enfermagem. 2008;10(2):521-529 Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a23.htm>

MARTINELLI, Maria Lúcia (Org). Pesquisa Qualitativa – um instigante desafio. SP: Veras Editora, 1999.

MENDES, J. C. Instituto Politécnico do Porto, Escola Superior de tecnologia e Gestão de Felgueiras, Casa do Curral - 4610 Felgueira. **A abordagem qualitativa e quantitativa no estudo de caso.** 2002.

Disponível em
<http://www.google.com.br/search?q=cache:6WM4MXL5MeAJ:qofisb.dei.uc.pt/capsi2002/workshop/CAPSI3-Jose_Mendes.pdf+a+abordagem+qualitativa+e+quantitativa+no+estudo+de+caso&hl=pt-BR&ie=UTF-8>

MINAYO, Maria Cecília. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 11a. Ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2008.

NANDA – **Nursing Diagnosis: Definitions and classification.** Copyright, Artmed Editora, Porto Alegre, 2007-2008

NESRALLA, I e SANT'ANNA, J.R.M. In: : NESRALLA, I. **Cardiologia cirúrgica – perspectivas para o ano 2000**. São Paulo: Fundo Editorial BYK, 1994.

NETTINA, Sandra M. **Prática de Enfermagem**. 7. Ed Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

NOBRE, Fernando; SERRANO JUNIOR, Carlos V. **Tratado de cardiologia SOCESP**. Barueri, SP: Manole, 2005. 1850 p.

ORLANDO, José M.; MOOCK, M. História – **O Início da Terapia Intensiva no Brasil e a Trajetória da AMIB**. In: DAVID, C.M. Medicina Intensiva: AMIB: Associação Brasileira de Medicina Intensiva. Rio de Janeiro: Revinter, 2004, cap.1. p.01-07.

PALOMO, Jurema da Silva Herbas. **Enfermagem em cardiologia cuidados avançados**. Editora: Manole. Incor

PORTO, Celmo Celeno. **Doenças do coração: prevenção e tratamento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. 1124p.

POSSARI, João Francisco. **Prontuário do paciente e os registros de Enfermagem**. 2ª edição, São Paulo, Ed. Iátria, 2007.

RIBEIRO, Juliana Aparecida. **O Cuidado de enfermagem no pós operatório de cirurgia cardíaca**: as percepções da pessoa que recebe reflexoterapia. Universidade Federal de Santa Catarina. Mestrado em Enfermagem. Florianópolis, 2009.

SCHWAN, Mariana Thebaldi; DALVIN, Raquel Paneto; DUARTE, Halina. **Alterações da função pulmonar e atuação fisioterapêutica em pós-operatório de cirurgia cardíaca**: revisão bibliográfica. *FisioBrasil*, v.10, n.79 , p.30-41, set./out./ 2006.

SEIFERT, Patrícia C. **Cirurgia Cardíaca**. In: ALEXANDER, Edythe Louise; et al.

Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, c1997. 1249 p.

SIFRONI, Karla Gomes. **Sistematizando a assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva**: elaboração de protótipo. Universidade do Extremo Sul Catarinense.UNESC. Curso de pós graduação especialização em condutas de enfermagem ao paciente critico. Criciúma. Janeiro 2009.

SMELTZER, S. C. & BARE, B.G. **Brunner e Suddarth**: tratado de enfermagem Médico-Cirúrgica. 8ª ed. v.1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

SOUZA, Virginia Helena Soares de; SOUZA, Virginia Helena Soares de; MOZACHI, Nelson. . **O hospital**: manual do ambiente hospitalar. 3. ed Curitiba, PR: Do autor, 2009. 874 p

SIFRONI, Karla. Gomes; ROSSO, Eluana Generoso. Administrando, Informatizando e Assistindo o Cliente em Condição Crítica de Saúde Internado em Unidade de Terapia Intensiva .2004. 204f.

TEXTO &Contexto. **Mestrado Interinstitucional**: mestres em enfermagem para o terceiro milênio. V. 9, n. 2, Florianópolis: UFSC, maio/ago 2000.

TORTORA, Gerard J. **Corpo humano: fundamentos de anatomia e fisiologia**. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. 635 p.

<http://www.afh.bio.br/cardio/Cardio2.asp>

acesso: 09/12/2010 21:

APÊNDICE A**OFÍCIO ENDEREÇADO A ENFERMEIRA GERENTE DA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA****UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC****Av. Universitária, 1105 Bairro Universitário – CEP: 8880.6000.****Fone: (48)343-2500**Ilma Sr^a.**Enf^a Mariana Freitas Comin**

Enfermeira da unidade de Terapia Intensiva

Nesta

Prezada senhora,

Com cordiais cumprimentos, venho solicitar sua autorização para desenvolver as atividades referentes ao Estágio de Prática Assistencial de Enfermagem, nesse Setor do Hospital.

O Referido estágio será orientado pela Prof^a **Mariana Freitas**, e será desenvolvido Enfermeira Franciela Possamai Della aluna do curso de Especialização Assistência de Enfermagem em urgência e Emergência da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC

As atividades a serem desenvolvidas são: Desenvolvimento de uma prática assistencial individual, com aplicação de consulta de enfermagem baseada em uma teoria de enfermagem com o desenvolvimento do método OTDPIA, como também aproveitar desta pratica assistencial para o aperfeiçoamento de técnicas e procedimentos de enfermagem.

E o período de desenvolvimento do estágio será 15/12/2010 a 14/01/2011 no período noturno, conforme cronograma de horários.

Qualquer dúvida poderá ser efetuado contato com a Coordenação do Curso de Pós graduação Isabel da UNESC, pelo fone (48) 3431 2626.

Atenciosamente,

Criciúma, dezembro de 2010.**Enf^a Franciela Possamai Della****Aluna do Curso de pós graduação em Urgência e Emergência**

APÊNDICE B**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC****Av. Universitária, 1105 Bairro Universitário – CEP: 8880.6000.****Fone: (48)343-2500****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Estamos realizando um projeto Prática Assistencial em Enfermagem. Intitulado sistematização da assistência de enfermagem no pós operatório imediato de cirurgia cardíaca fundamentada na teoria de Wanda Horta sob a orientação da professora Mariana Freitas Comin Sr (a)_____ foi plenamente esclarecido (a) de que estará participando de uma pesquisa no qual poderá desistir no momento que achar melhor, bastando informar sua decisão. Foi explicado que é uma participação voluntária e sem interesse financeiro o (a) sr (a) não terá direito a nenhum remuneração. A participação do projeto não incorrerá em riscos ou prejuízos de qualquer natureza. Os resultados referentes ao Sr. (a) serão sigilosos e, preceitos estes assegurados pela Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo que o (a) Sr. (a) poderá solicitar informações durante todo o decorrer do projeto, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta. O sr. (a) está autorizando ainda, a registrar imagem fotográficas para posterior divulgação. O estudo será desenvolvido pela Enfermeira Franciela Possamai Della fone: (48) 9927- 4642 aluna do curso de pós graduação em urgência e emergência da UNESC e orientada pela professora Mariana Freitas Comin (48) 9904-8837.

Criciúma, SC.../...../.....

Assinatura

APÊNDICE C



INSTRUMENTO UTILIZADO PARA IMPLEMENTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM POS OPERATÓRIO IMEDIATO DE CIRURGIA CARDÍACA SEGUNDO VANDA HORTA.

Nome:		M		F
Data nascimento:	Idade			
Data da cirurgia:	Hora			
Fator RH:		Alergia:		
História de doença:				
Uso de medicação:				
Queixa Principal:				
Tipo de cirurgia:				
Peso:				
T CEC:				

POI				
0-30'	30' - 2 HORAS	2-6 HORAS	6-12 HORAS	12-24 HORAS
*TOT	*Realizar	Checar de h/h	Checar de h/h	Checar de h/h
Ventilador mecânico	Exame físico	Infusões	Infusões	Infusões
Posição do TOT – CM	*Prescrição de enfermagem	FC	FC	FC
Pressão do CUFF	* Organizar prontuário	PAM	PAM	PAM
___mmHg	*Checar de h/h	PVC	PVC	PVC
Cabeceira a 45°	Infusões	SPO2	SPO2	SPO2
*Monitorizar	FC	SVO2	SVO2	SVO2
MCC	PAM	PAP	PAP	PAP
Oximetria	PVC	IC	IC	IC
PAM	SPO2	Débito urinário	Débito urinário	Débito urinário
PVC	SVO2	Monitorar	Monitorar	Monitorar
PAP/PCAP	PAP	drenagem	drenagem	drenagem
SVO2/IC	IC	≤ 1 ml/Kg/h	≤ 1 ml/Kg/h	≤ 1 ml/Kg/h
*Drenos	Débito urinário		*Manter:	*drenos
Monitorar drenagem	Monitorar drenagem	*Avaliar possibilidade de extubação conforme protocolo	Cabeceira ↑45°	Monitorar drenagem
≤ 1 ml/Kg/h	≤ 1 ml/Kg/h	*Após extubação:	Suporte de O2 por cateter tipo óculos	≤ 1 ml/Kg/h
*Débito urinário	*manter controle glicemico	Cabeceira ↑45°	Mante controle glicemico	Cabeceira ↑45°
Monitorar diurese 1 ml/Kg/h		Higiene oral		Suporte de O2 por cateter tipo óculos
*Aquecer com cobertor se		Suporte de O2 por cateter tipo óculos		Mante controle glicemico

temperatura < 36° * Verificar acessos venosos *Instalar soluções *iniciar controle glicêmico *Aspirar VAS *Rever o aprazamento da prescrição médica		Mante controle glicêmico		
--	--	--------------------------	--	--

Necessidade Psicobiológicas			
Sinais vitais			
Temperatura	° C	Frequência cardíaca	bpm
Pressão arterial	mmhg	Frequência respiratória	rpm
HGT	mg/dl	Peso	
Intensidade da dor: (1 a 10)			
Nível de consciência			
Glasgow:	Menos de 3	4 a 8	9 a 13
			14 a 15
	Pupilas isocóricas		Pupílas anisocóricas D E
	Midriase		miose
	Fotorreagente		Não fotorreagente
Pele e tecidos			
	Sem alterações		Cianose
	Icterícia		Palidez
	Vermelhidão		Lesões
	Úlcera		Pegajosa
	Sudorese		
Cabeça			
	Sem alterações		lesão
	Saliência		abaulamento
	Depressões		Pontos dolorosos
Face			
	Simetria		Franzi a testa
	Abre a boca		Expressão fisionomica
	Mímica facial		lesão
Olhos e pápebras			

	Exoftalmia		Enoftalmia
	Desvio		Nistagmo
	Edema		Movimentos involuntários
	Secreção		pitose
Ouvido			
	Otorréia		Otorragia
	Corpo estranho		
Nariz e seios da face			
	rinorreia		epistaxe
	Rinóclise		sensibilidade nos seios paranasais
Boca			
	Prótese		lesão
Pescoço:			
	Linfonodos Palpáveis		Tireóide Aumentada
	Carótida pulsáteis acentuadas		Engurgitamento jugular
	Traqueostomia		Lesões
Mamas			
	Ginecomastia		Nódulos mamários
	Mastite		simetria
	Trofismo		depressões
	retração mamilar		secreção
Tórax:			
	Tórax chato		Tórax em forma de tonel
	Tórax infundiforme(sapateiro)		Tórax cariniforme(peito de pombo);
	Tórax piriniforme (sino)		Tórax cifótico
	Tórax escoliótico		Tórax cifoescoliotico
	Tórax instável traumático		
Tipo Respiratório Ritmo respiratório			
	Dispneia		Platipnéia(aliviada em posição deitada);
	Ortopnéia		Trepopnéia (aliviada em decúbito lateral)
	Cheyne Stokes		Kussmaul
	Biot		Respiração suspirosa
	Respiração profunda		Respiração superficial
	Taquipnéia		Bradipnéia
	Apnéia		Eupnéia
	Tiragem		
Expansão, ausculta pulmonar			
	Boa expansibilidade ou base		Boa expansibilidade ápice
	Expansibilidade reduzida em base a ____		em ápice a _____
	Aumento de frêmito toracovocal		Diminuição de frêmito toracovocal

	Hipersonoridade pulmonar		Submacicez e macicez
	Som timpânico		Estertores finos e ou grossos
	Roncos, sibilos ou estridor		atrito pleural
Inspeção e Ausculta Cardíaca			
	Abaulamento		Batimentos ou movimentos
	Palpação de bulhas		Frêmito cardiovascular
	Ritmo cardíaco normal		Arritmico
	Taquicardia		Bradycardia
	Sopro		Ritmo de galope
	Bulha __ hiperfonética		Bulha __ hipofonética
	Bigeminismo		Trigeminismo
Abdômen			
	Normal		Globo
	Batráquio Avental		Pendular Côncavo
	Timpanismo		Macicez
	RHA+		RHA –
	Dor a Palpação ponto		Blumberg
	Rechaço		Merphy
	Jordano		Gersuny
	Vascolejo		
Membros Superiores e Inferiores			
S	I	Pulsos Periféricos Palpáveis	S I Pulsos Periféricos não Palpável
		Paresia	Plegia
		Edema	Lesões
		Amputações	Tônus muscular diminuído a _____
		Babinsky	
Genitourinário e anal			
	Sangramento no meato uretral		Sangramento retal
	Menstruação presente		Incontinência urinária
	Anúria		Polaciúria
	Nictúria		Piúria
	Disúria		Hematúria
	Constipação		Diarréia
	Lesões genitais: características _____		
Necessidades psicoespiritual			
	Católico		Testemunha geová
	Espírita		protestante
	Judeu		mulçumano
	Evangélico		outros
Necessidades psicossocial			
Valores exames:			

