

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO
EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL GESTÃO DO CUIDADO EM
ENFERMAGEM**

ROBERTA CRISTINA CARDOSO AMARAL VIEIRA

**INSTRUMENTO DE REGISTRO PARA SISTEMATIZAÇÃO DA
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA EM
CIRURGIA CARDIOVASCULAR: CONSTRUÇÃO COLETIVA
EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE SANTA CATARINA**

**FLORIANÓPOLIS
2018**

ROBERTA CRISTINA CARDOSO AMARAL VIEIRA

**INSTRUMENTO DE REGISTRO PARA SISTEMATIZAÇÃO DA
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA EM
CIRURGIA CARDIOVASCULAR: CONSTRUÇÃO COLETIVA
EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE SANTA CATARINA**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, modalidade Mestrado Profissional para obtenção de grau de Mestre em Gestão do Cuidado em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Tecnologia em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Dra. Lúcia Nazareth Amante

**FLORIANÓPOLIS
2018**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Vieira, Roberta Cristina Cardoso Amaral
Instrumento de registro para Sistematização da
Assistência de Enfermagem Perioperatória em cirurgia
cardiovascular : construção coletiva em um hospital
público de Santa Catarina / Roberta Cristina
Cardoso Amaral Vieira ; orientador, Lúcia Nazareth
Amante, 2018.

122 p.

Dissertação (mestrado profissional) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de
Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em
Gestão do Cuidado em Enfermagem, Florianópolis, 2018.

Inclui referências.

1. Gestão do Cuidado em Enfermagem. 2.
Enfermagem Perioperatória. 3. Processos de
Enfermagem. 4. Cuidados de Enfermagem. 5.
Planejamento de Assistência ao Paciente. I. Amante,
Lúcia Nazareth . II. Universidade Federal de Santa
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Gestão do
Cuidado em Enfermagem. III. Título.



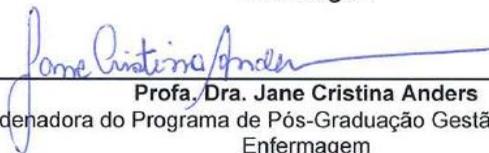
SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM
ENFERMAGEM

“INSTRUMENTO DE REGISTRO PARA SISTEMATIZAÇÃO DA
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA EM CIRURGIA
CARDIOVASCULAR: CONSTRUÇÃO COLETIVA EM UM HOSPITAL
PÚBLICO DE SANTA CATARINA”.

ROBERTA CRISTINA CARDOSO AMARAL VIEIRA

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A OBTENÇÃO
DO TÍTULO DE: **MESTRE PROFISSIONAL EM GESTÃO DO CUIDADO
EM ENFERMAGEM**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: **Gestão do Cuidado em Saúde e
Enfermagem**



Profa. Dra. Jane Cristina Anders
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em
Enfermagem

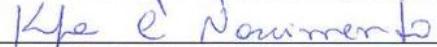
Banca Examinadora:



Prof. Dra. Lúcia Nazareth Amante (Presidente)



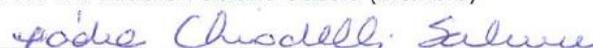
Prof. Dr. Dulcinéia Ghizoni Schneider (Membro)



Prof. Dra. Keila Nascimento (Membro)



Prof. Dr. Luciara Fabiane Sebold (Membro)



Prof. Dr. Nádia Chiodelli Salum (Membro)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por iluminar meus passos durante este momento.

Ao meu esposo que de forma sincera e carinhosa me deu força e coragem, apoiando-me nos momentos difíceis, além de “cuidar dos nossos filhos” nos momentos em que estava ocupada com a pesquisa. Leonardo, eu te amo!

Aos meus filhos Letícia e Felipe que embora não entendendo todo esse processo, iluminaram de maneira especial os meus pensamentos.

Aos meus pais Jorge e Maria Salete que me ensinaram a amar, dividir e lutar pelos meus objetivos, incentivando-me a estudar para chegar até esse momento.

À minha querida irmã Rubia, por toda ajuda e atenção nos momentos mais complicados, obrigada por tudo!!

À minha orientadora professora Doutora Lúcia Nazareth Amante, por seus ensinamentos ao longo das supervisões, fundamentais para a conclusão da dissertação. Agradeço pelo incentivo à pesquisa, pela compreensão e pelo empenho no desenvolvimento deste trabalho. A você, minha imensa admiração e meu respeito.

Às professoras Doutoradas Nádia Chiodelli Salum, Luciara Fabiane Sebold, Dulcinéia Ghizoni Schneider, Keila Nascimento. Foi um prazer tê-las na banca examinadora e poder contar com suas considerações que me guiaram desde o início do curso até a confecção final do estudo.

Aos enfermeiros e técnicos de enfermagem, sujeitos desta análise, pela disponibilidade e colaboração para o aprimoramento da enfermagem nesta temática.

Aos colegas do Mestrado Profissional por todos os momentos de aprendizagem e troca.

E, finalmente a todos os meus amigos que estiveram sempre presentes, com carinho e estímulos, o meu eterno agradecimento.

Obrigada...

VIEIRA, Roberta Cristina Cardoso Amaral. **Instrumento de registro para Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória em cirurgia cardiovascular**: construção coletiva em um hospital público de Santa Catarina. 2018. 122p. Dissertação (Mestrado Profissional) Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018.

RESUMO

A Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória é uma metodologia de trabalho que preconiza a atuação do enfermeiro nos períodos pré-operatório, transoperatório e pós-operatório. A utilização de um processo de enfermagem específico para esse período em pacientes submetidos a cirurgias cardiovasculares é relevante para prática, pois subsidia as reais necessidades do paciente e sua família, organiza e registra o planejamento da assistência. Sendo assim, esta pesquisa tem por objetivo geral construir coletivamente a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória a pacientes submetidos a cirurgias cardiovasculares em um Hospital público de Santa Catarina, e por objetivos específicos: identificar o conhecimento da equipe de enfermagem sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória e elaborar instrumento de Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória à pacientes submetidos a cirurgia cardiovascular conjuntamente com a equipe de enfermagem, segundo as necessidades humanas básicas. Trata-se de uma pesquisa convergente assistencial, aprovada pelo parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos 1.984.729. Os participantes do estudo foram: 25 profissionais de enfermagem, sendo: 21 enfermeiros e quatro técnicos de enfermagem. Para coleta de dados foram utilizadas a entrevista semiestruturada e grupos de discussão. Os dados foram organizados segundo os passos preconizados pela pesquisa convergente assistencial. Após a realização das entrevistas, discussão de grupos e análise do conteúdo das mesmas foram construídas duas categorias: Conhecimento dos profissionais de enfermagem acerca da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória; A prática da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória no cotidiano dos

profissionais de enfermagem. Esta pesquisa demandou a elaboração de um instrumento de registro de Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória destinada aos enfermeiros com objetivo de elucidar e equiparar o conhecimento dos profissionais de enfermagem acerca da mesma. Esse é composto com dados que norteiam o profissional no registro do exame físico e na escolha dos diagnósticos de enfermagem e prescrições de enfermagem. Faz com que o desenvolvimento do processo de enfermagem nos períodos operatórios seja prático e completo. Foram ressaltadas algumas potencialidades como: proporciona um cuidado individualizado, planejado, padronizado, organiza as rotinas diárias e permite que os registros sejam uniformes. Algumas fragilidades como: carga horária insuficiente, déficit de recursos humanos, falta de atualização de normas e rotinas e um sistema informatizado de registro padrão. Nesse sentido faz-se perceber na diversidade de informações que emergiram com a discussão dos dados, que a Sistematização da Assistência Perioperatória confirmou ser uma ferramenta fundamental para o gerenciamento do cuidado, conduzindo o processo à integralidade da assistência com melhor desempenho assistencial. Espera-se também que a experiência vivenciada pelos profissionais de enfermagem represente um impulso para a realização de novos estudos no sentido de repensar, modificar, aprimorar e instrumentalizar a enfermagem em relação ao cuidado ao paciente cirúrgico.

Palavras-chave: Enfermagem Perioperatória. Cuidados de Enfermagem. Processos de Enfermagem. Planejamento de Assistência ao Paciente. Enfermagem Cardiovascular.

VIEIRA, Roberta Cristina Cardoso Amaral. **Instrumento de registro para Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória em cirurgia cardiovascular**: construção coletiva em um hospital público de Santa Catarina. 2018. 122p. Thesis (Masters Professional Degree) Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018.

ABSTRACT

A Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória é uma metodologia de trabalho que preconiza a atuação do enfermeiro nos períodos pré-operatório, transoperatório e pós-operatório. A utilização de um processo de enfermagem específico para esse período em pacientes submetidos a cirurgias cardiovasculares é relevante para prática, pois subsidia as reais necessidades do paciente e sua família, organiza e registra o planejamento da assistência. Sendo assim, esta pesquisa tem por objetivo geral construir coletivamente a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória a pacientes submetidos a cirurgias cardiovasculares em um Hospital público de Santa Catarina, e por objetivos específicos: identificar o conhecimento da equipe de enfermagem sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória e elaborar instrumento de Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória à pacientes submetidos a cirurgia cardiovascular conjuntamente com a equipe de enfermagem, segundo as necessidades humanas básicas. Trata-se de uma pesquisa convergente assistencial, aprovada pelo parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos 1.984.729. Os participantes do estudo foram: 25 profissionais de enfermagem, sendo: 21 enfermeiros e quatro técnicos de enfermagem. Para coleta de dados foram utilizadas a entrevista semiestruturada e grupos de discussão. Os dados foram organizados segundo os passos preconizados pela pesquisa convergente assistencial. Após a realização das entrevistas, discussão de grupos e análise do conteúdo das mesmas foram construídas duas categorias: Conhecimento dos profissionais de enfermagem acerca da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória; A prática da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória no cotidiano dos

profissionais de enfermagem. Esta pesquisa demandou a elaboração de um instrumento de registro de Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória destinada aos enfermeiros com objetivo de elucidar e equiparar o conhecimento dos profissionais de enfermagem acerca da mesma. Esse é composto com dados que norteiam o profissional no registro do exame físico e na escolha dos diagnósticos de enfermagem e prescrições de enfermagem. Faz com que o desenvolvimento do processo de enfermagem nos períodos operatórios seja prático e completo. Foram ressaltadas algumas potencialidades como: proporciona um cuidado individualizado, planejado, padronizado, organiza as rotinas diárias e permite que os registros sejam uniformes. Algumas fragilidades como: carga horária insuficiente, déficit de recursos humanos, falta de atualização de normas e rotinas e um sistema informatizado de registro padrão. Nesse sentido faz-se perceber na diversidade de informações que emergiram com a discussão dos dados, que a Sistematização da Assistência Perioperatória confirmou ser uma ferramenta fundamental para o gerenciamento do cuidado, conduzindo o processo à integralidade da assistência com melhor desempenho assistencial. Espera-se também que a experiência vivenciada pelos profissionais de enfermagem represente um impulso para a realização de novos estudos no sentido de repensar, modificar, aprimorar e instrumentalizar a enfermagem em relação ao cuidado ao paciente cirúrgico.

Keywords: Perioperative Nursing. Nursing Care. Nursing Process. Patient Care Planning. Cardiovascular Nursing.

VIEIRA, Roberta Cristina Cardoso Amaral. **Instrumento de registro para Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória em cirurgia cardiovascular**: construção coletiva em um hospital público de Santa Catarina. 2018. 122p. Disertación (Maestría Profesional en Enfermería) Programa de PosGraduación en Gestión del Cuidado em Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018.

RESUMEN

A Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória é uma metodologia de trabalho que preconiza a atuação do enfermeiro nos períodos pré-operatório, transoperatório e pós-operatório. A utilização de um processo de enfermagem específico para esse período em pacientes submetidos a cirurgias cardiovasculares é relevante para prática, pois subsidia as reais necessidades do paciente e sua família, organiza e registra o planejamento da assistência. Sendo assim, esta pesquisa tem por objetivo geral construir coletivamente a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória a pacientes submetidos a cirurgias cardiovasculares em um Hospital público de Santa Catarina, e por objetivos específicos: identificar o conhecimento da equipe de enfermagem sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória e elaborar instrumento de Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória à pacientes submetidos à cirurgia cardiovascular conjuntamente com a equipe de enfermagem, segundo as necessidades humanas básicas. Trata-se de uma pesquisa convergente assistencial, aprovada pelo parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos 1.984.729. Os participantes do estudo foram: 25 profissionais de enfermagem, sendo: 21 enfermeiros e quatro técnicos de enfermagem. Para coleta de dados foram utilizadas a entrevista semiestruturada e grupos de discussão. Os dados foram organizados segundo os passos preconizados pela pesquisa convergente assistencial. Após a realização das entrevistas, discussão de grupos e análise do conteúdo das mesmas foram construídas duas categorias: Conhecimento dos profissionais de enfermagem acerca da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória; A prática da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória no cotidiano dos

profissionais de enfermagem. Esta pesquisa demandou a elaboração de um instrumento de registro de Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória destinada aos enfermeiros com objetivo de elucidar e equiparar o conhecimento dos profissionais de enfermagem acerca da mesma. Esse é composto com dados que norteiam o profissional no registro do exame físico e na escolha dos diagnósticos de enfermagem e prescrições de enfermagem. Faz com que o desenvolvimento do processo de enfermagem nos períodos operatórios seja prático e completo. Foram ressaltadas algumas potencialidades como: proporciona um cuidado individualizado, planejado, padronizado, organiza as rotinas diárias e permite que os registros sejam uniformes. Algumas fragilidades como: carga horária insuficiente, déficit de recursos humanos, falta de atualização de normas e rotinas e um sistema informatizado de registro padrão. Nesse sentido faz-se perceber na diversidade de informações que emergiram com a discussão dos dados, que a Sistematização da Assistência Perioperatória confirmou ser uma ferramenta fundamental para o gerenciamento do cuidado, conduzindo o processo à integralidade da assistência com melhor desempenho assistencial. Espera-se também que a experiência vivenciada pelos profissionais de enfermagem represente um impulso para a realização de novos estudos no sentido de repensar, modificar, aprimorar e instrumentalizar a enfermagem em relação ao cuidado ao paciente cirúrgico.

Palabras clave: Enfermería Perioperatoria. Atención de Enfermería. Proceso de Enfermería. Planificación de Atención al Paciente. Enfermería Cardiovascular.

LISTA DE SIGLAS

CC	Centro cirúrgico
CEC	Circulação extracorpórea
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CIPE	Classificação internacional para a Prática de Enfermagem
COFEN	Conselho Federal de Saúde
DAC	Doença arterial coronariana
DAP	Doença arterial periférica
DE	Diagnóstico de enfermagem
EAo	Estenose aórtica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
ICSC	Instituto de Cardiologia de Santa Catarina
NHB	Necessidades Humanas Básicas
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCA	Pesquisa convergente-assistencial
POI	Pós-operatório Imediato
PE	Processo de enfermagem
SAE	Sistematização da assistência
SAEP	Sistematização da assistência de enfermagem perioperatória
SRPA	Sala de recuperação pós-anestésica
SUS	Sistema único de saúde
UTI	Unidade de terapia intensiva
RM	Revascularização do Miocárdio
TCLE	Termo de consentimento livre esclarecido
OMS	Organização Mundial de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
1.1 OBJETIVO GERAL	23
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
2 REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA	25
2.1 CIRURGIA CARDÍACA	25
2.2 CIRURGIA VASCULAR	28
2.3 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA- SAEP	32
2.3.1 Período pré-operatório	34
2.3.2 Período Transoperatório	34
2.3.3 Período pós-operatório	35
2.4 COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO (A) PERIOPERATÓRIO	37
3 REFERENCIAL TEÓRICO	41
4 REFERENCIAL METODOLÓGICO	45
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	45
4.2 PRESSUPOSTOS DA PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL.....	45
4.3 ETAPAS DA PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL.....	47
4.3.1 Fase de Concepção	47
4.3.2 Fase de Instrumentação	47
4.3.2.1 <i>Local do estudo</i>	47
4.3.2.2 <i>Participantes do estudo</i>	48
4.3.2.3 <i>Técnica de coleta de dados</i>	49
4.3.2.4 <i>Aspectos éticos</i>	50
4.3.3 Fase de Perscrutação	51
4.3.3.1 <i>Operacionalização da Pesquisa</i>	51
4.3.3.2 <i>Primeiro encontro: SAEP: Instrumentalização para prática e estruturação da SAEP</i>	52
4.3.3.3 <i>Segundo encontro: Construção coletiva da SAEP e Avaliação da construção da SAEP</i>	52
4.3.4 Fases de Análise e Interpretação	53
5 RESULTADOS	55
5.1 MANUSCRITO 1 - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA	

EM CIRURGIA CARDIOVASCULAR: CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS	55
5.2 PRODUTO DESENVOLVIDO - INSTRUMENTO DE REGISTRO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: PARA O APRIMORAMENTO DA PRÁTICA PERIOPERATÓRIA EM PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA CARDIOVASCULAR	73
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	85
REFERÊNCIAS.....	89
APÊNDICES	99
ANEXOS	107

1 INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares representam a maior carga de morbimortalidade para o sistema de saúde e as cirurgias cardiovasculares vêm desempenhando um importante impacto na sua resolutividade (MEJÍA et al., 2013).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), 17,5 milhões de pessoas morrem por ano devido a doenças cardiovasculares, sendo que 80% dos casos são devidos a ataques cardíacos e derrames e 75% ocorrem em países de baixa e média renda (OMS, 2016).

O Brasil é o segundo país do mundo em número de cirurgias cardiovasculares realizadas anualmente, totalizando cerca de 102 mil cirurgias/ano (SOCIEDADE BRASILEIRA CIRURGIA CARDIOVASCULAR, 2016). A doença cardiovascular é causada por doenças do coração e dos vasos sanguíneos, e inclui a doença cardíaca coronária (infarto agudo do miocárdio), doença cerebrovascular (acidente vascular cerebral), pressão arterial elevada (hipertensão), doença arterial periférica, doença cardíaca reumática, doença cardíaca congênita e insuficiência cardíaca.

As principais causas de doença cardiovascular são: o consumo de cigarro, o sedentarismo, a má alimentação e o uso nocivo do álcool (OMS, 2016).

O tratamento para estas doenças é clínico ou cirúrgico. Dentre as doenças cardiovasculares que geralmente têm indicação cirúrgica, destacam-se as cardiopatias congênitas, as doenças valvares, da aorta, doenças coronárias graves e as doenças oclusivas periféricas. A indicação de tratamento cirúrgico torna-se uma opção quando as técnicas intervencionistas e o tratamento clínico não são capazes de manter a qualidade de vida do paciente. Neste sentido, o tratamento cirúrgico é uma possível opção para pacientes com doença cardiovascular, devido aos avanços nos procedimentos diagnósticos, no tratamento clínico, nas técnicas cirúrgicas, na assistência prestada em unidades de terapia intensiva, cirúrgica e centro cirúrgico (GONÇALVES et al., 2011).

Neste cenário, a atuação da enfermagem perioperatória tem como foco inicial o preparo do paciente, ou seja, no pré-operatório, salientando cuidados como: a orientação sobre o

processo operatório, incluindo o preparo físico, emocional e a avaliação clínico-cirúrgica, com o propósito de diminuir os riscos cirúrgicos, favorecer a recuperação e evitar as complicações no pós-operatório (SENA; NASCIMENTO; MAIA, 2013). Sendo assim, a enfermagem perioperatória esmera-se em ofertar ao paciente cirúrgico assistência especializada, singular e humanizada (GRITEM; MEIER; PERES, 2009).

O processo cirúrgico compõe-se por três períodos, o pré-operatório, o transoperatório e o pós-operatório, sendo que cada fase inicia e termina em uma lógica de eventos. O período pré-operatório inicia no momento da recomendação de cirurgia até o ingresso do paciente no Centro Cirúrgico (CC). O período transoperatório começa no momento da admissão do paciente no CC até a sua entrada na sala de recuperação pós-anestésica ou unidade de terapia intensiva. O período pós-operatório inicia no momento da entrada do paciente na unidade de terapia intensiva ou unidade de internação, chegando ao fim com a alta hospitalar (MOREIRA; POPOV, 2009).

Com a modernização dos processos cirúrgicos o enfermeiro passou a assumir cada vez mais encargos gerenciais, afastando-se por vezes, do cuidado ao paciente, surgindo com isso a necessidade de resgatar os valores humanísticos da assistência de enfermagem. Para tanto, fez-se necessário o desenvolvimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) voltada para o ambiente cirúrgico, onde o enfermeiro pudesse desenvolver o cuidado de enfermagem, com pensamento crítico realizando um planejamento direcionado ao paciente cirúrgico (LASAPONARI; BRONZATTI, 2009).

De acordo com a SOBBEC (Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização) (2013) a aplicação do processo de enfermagem (PE) no cuidado ao paciente cirúrgico favorece a assistência integral, participativa, individualizada, continuada, documentada e avaliada, no qual o paciente é um ser único com suas particularidades em todo o processo operatório. Neste sentido é uma ação conjunta que suscita a continuidade do cuidado incluindo a participação da família do paciente e a avaliação da assistência prestada. Este processo, adaptado da SAE e do PE é denominado Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP).

A SAEP tem a finalidade de preservar a integridade e o bem-estar do paciente, evitar infecções e agravos no decorrer dos procedimentos invasivos, devido à tecnologia utilizada no ambiente cirúrgico (SILVA; PATRICIA, 2015).

Desta forma compreende-se a SAEP como uma tecnologia que qualifica a assistência de enfermagem por meio de ações reflexivas, cujas etapas são elencadas pelos conhecimentos que sustentam a profissão (GRITEM; MEIER; PERES, 2009). Apesar do reconhecimento teórico acerca da SAEP como uma tecnologia com repercussões positivas para o trabalho do enfermeiro, existe ainda desconhecimento por parte deste, na sua utilização durante o período perioperatório.

A SAEP é constituída de três etapas: no pré-operatório a visita pré-operatória é o momento para que o enfermeiro realize o exame físico, oriente o paciente quanto às rotinas para cirurgia, estabeleça os diagnósticos de enfermagem e faz o planejamento da assistência de enfermagem. No transoperatório o enfermeiro do CC avalia as condições de chegada do paciente, verifica exames, e acompanha a evolução clínica do paciente em todo decorrer do período intraoperatório, elaborando os diagnósticos de enfermagem e o planejamento da assistência de enfermagem. Na terceira etapa, o pós-operatório, o enfermeiro avalia as condições de chegada desse paciente na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA), realizando o exame físico, analisando os exames de laboratório, os exames radiológicos, elaborando diagnósticos de enfermagem e o planejamento da assistência de enfermagem. Neste sentido, o cuidado de enfermagem é implementado em todos os períodos (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E EESTERILIZAÇÃO, 2013).

Portanto, a implementação da SAEP torna a prática organizada contribui para a enfermagem ser reconhecida como ciência, visto que ela fundamenta, organiza, justifica e avalia esta assistência ao paciente cirúrgico. Além de possibilitar o reconhecimento da profissão e a relevância da prática profissional, no favorecimento da promoção, manutenção e recuperação da saúde dos indivíduos.

No cenário deste estudo, o serviço de enfermagem do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina (ICSC) segue o

referencial teórico norteado pela Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Wanda Horta (1979) que se fundamenta em uma abordagem empírica, baseada na psicologia humanista e inspirada na teoria da motivação humana de Maslow. De maneira geral na realidade da instituição, todos os registros de profissionais de enfermagem são realizados em todos os turnos assistenciais, diretamente no prontuário eletrônico do paciente com informações que contemplem as últimas 24 horas de assistência ao mesmo. Existe por parte da gerência de enfermagem deste hospital, um empenho muito grande para que a SAE seja implementada. Existe a possibilidade de trabalhar vários modelos de assistência de enfermagem perioperatória no Brasil, o modelo mais difundido é a SAEP, fundamentada no atendimento das necessidades básica e no processo de enfermagem, estruturado por Wanda de Aguiar Horta (SOBECC, 2013).

Atuando como Enfermeira Assistencial pude identificar que os enfermeiros realizam a SAE aplicando algumas etapas do PE. Como o histórico de enfermagem, exame físico, evolução diária sem elaborarem os diagnósticos de enfermagem e o plano de intervenção de enfermagem. Este fato permite a ocorrência de fragilidades no processo, que vão desde a insuficiência de registros de enfermagem acerca de todo processo perioperatório, como a falta de um processo de enfermagem cirúrgico que organize e norteie os cuidados aos pacientes submetidos a cirurgias cardiovasculares como também o desconhecimento dos enfermeiros sobre a SAEP.

A SAEP por meio de um PE específico para os pacientes submetidos a cirurgias cardiovasculares é relevante para a prática, pois subsidia as reais necessidades do paciente e sua família; individualiza, organiza e registra o planejamento da assistência.

Este estudo justifica-se na necessidade sentida de aprofundar teoricamente a SAEP, pois o serviço do ICSC não possui um instrumento que norteie os profissionais de enfermagem no ambiente cirúrgico para o desenvolvimento da SAEP e os enfermeiros se sintam capacitados a trabalharem com o mesmo realizando um registro padronizado e organizado. Tem como finalidade contribuir para a reorganização da assistência de enfermagem e melhorar a qualidade do

atendimento, por meio da oferta de um cuidado individualizado, participativo e continuado, tornando-se um serviço capaz de realizar o gerenciamento do cuidado de forma segura e eficiente.

Frente ao exposto, a questão que norteou este estudo foi: Como construir coletivamente a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória à pacientes submetidos a cirurgias cardiovasculares em um Hospital público de Santa Catarina?

1.1 OBJETIVO GERAL

Construir coletivamente a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória a pacientes submetidos a cirurgias cardiovasculares em um hospital público de Santa Catarina.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória.

Elaborar um instrumento de Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória à pacientes submetidos à cirurgia cardiovascular conjuntamente com a equipe de enfermagem, segundo as necessidades humanas básicas.

2 REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA

A revisão narrativa da literatura é fundamental para situar uma pesquisa diante do contexto estudado. Neste sentido, para sustentação teórica foi realizado uma busca nos últimos 10 anos dos seguintes temas: Cirurgia cardíaca, Cirurgia vascular, Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória, Competências do Enfermeiro Perioperatório.

2.1 CIRURGIA CARDÍACA

A perspectiva de entregar o coração a um processo cirúrgico gera um sentimento desagradável a qualquer ser humano e evidentemente contribui para o desgaste do paciente e familiares devido à ameaça que representa para o futuro e para a manutenção da vida cotidiana e de seus hábitos diários. As doenças cardiovasculares e seu procedimento cirúrgico determina ao paciente uma nova realidade de forma abrupta que desperta ansiedade, medo do seu estado de saúde e preocupações com a sua autoimagem (TEIXEIRA et al., 2013).

O coração é um órgão que possui uma grande simbologia na mente das pessoas, pois representa o sentimento e, algumas vezes, é visualizado como o centro das emoções, do amor, da vida e do corpo. Essas concepções fazem com que os pacientes cardiopatas levem consigo sentimentos de angústia e medo da morte, principalmente quando a melhor alternativa é a cirurgia cardíaca (TEIXEIRA et al., 2013).

As doenças cardiovasculares configuram a maior carga de morbimortalidade para o sistema de saúde e a cirurgia cardíaca vem desempenhando significativo papel na sua resolutividade (MEJIA et al., 2013). Neste sentido, a doença isquêmica do coração é a principal causa de morte nos países industrializados, sendo responsável por 30% de todas as mortes a cada ano. No Brasil, as doenças cardiovasculares representam 34% dos óbitos (RAMOS et al., 2013).

Com o avanço tecnológico e a modernização dos tratamentos, as doenças cardíacas vão acompanhando esse período desde a abordagem clínica à abordagem cirúrgica. O tratamento cirúrgico é escolhido quando o tratamento clínico não

alcança os resultados esperados, com a finalidade de restabelecer as funções cardíacas, diminuindo os sintomas característicos, de forma a reintroduzir o indivíduo em suas atividades rotineiras (CHAVES; SILVEIRA; CECETTO, 2016).

As cirurgias cardíacas podem ser de vários tipos, porém as mais complexas e que consomem mais tempo são as reconstrutoras e as substitutivas. São elas: a revascularização do miocárdio (RM), as trocas valvares e reconstrução de valvas incompetentes (COELHO, 2009).

No entanto muito mais que um processo cirúrgico de grande porte, no qual se evidencia uma agressão cirúrgica, entende-se que a cirurgia cardíaca é um processo complexo, com envolvimento de vários órgãos e sistemas, no qual são submetidos pacientes com múltiplas e diferentes doenças (ROMANO et al., 2014). Em 2011 foram realizadas no Brasil 100 mil operações cardíacas, sendo dessas 50 mil com circulação extracorpórea (CEC) e mais da metade para revascularização miocárdica (BRAILE; GODOY, 2012).

Para minimizar os riscos associados à mortalidade durante a cirurgia cardíaca é necessário considerar vários fatores, tais como: a urgência da operação, a idade, a cirurgia cardíaca prévia, o sexo, a fração de ejeção ventricular esquerda, o percentual de estenose da artéria coronária esquerda e o número das principais artérias coronárias com estenose maior que 70 % (MORTON; FONTAINE, 2011).

A cirurgia de revascularização do miocárdio é a categoria cirúrgica realizada com mais frequência no mundo. Ela é realizada com o propósito de minimizar os sintomas, proteger o miocárdio, restabelecer a função ventricular, prevenir novo infarto agudo do miocárdio (IAM) e recuperar o paciente em seu aspecto biopsicossocial. Consiste na colocação de um enxerto, sendo os mais utilizados a veia safena magna e a artéria torácica interna esquerda (mamária) através de anastomose para proporcionar o retorno do fluxo sanguíneo ao miocárdio (CHAVES; SILVEIRA; CECETTO, 2016).

Por outro lado, as valvas cardíacas mantêm o fluxo unidirecional do sangue. Caso as alterações estruturais ocorram como consequência da doença, essa função é interrompida. A doença causa estenose ou insuficiência valvular (MORTON; FONTAINE, 2011).

No Brasil, a doença valvar representa uma significativa parcela das internações por doença cardiovascular. A febre reumática é a principal etiologia das valvopatias no território brasileiro, responsável por até 70% dos casos. (TARASOUTCHI et al., 2011). Estima-se que 30% das intervenções cirúrgicas cardíacas no país sejam associadas a sequelas valvares da febre reumática (FERNANDES et al., 2012)

Alguns dados epidemiológicos emergentes vêm mudando a forma de apresentação de pacientes com doenças valvares. Os idosos, cada vez mais frequente nas unidades de internação, apresentam índices elevados de calcificação e disfunção valvar. Em geral, os mesmos realizam poucas atividades físicas ou são sedentários, sendo comuns achados sugestivos de lesões valvares em indivíduos assintomáticos ou oligossintomáticos, frequentemente com Estenose Aórtica (EAo). (TARASOUTCHI et al., 2011).

As cirurgias valvares são realizadas de acordo com o tipo de lesão valvar, podendo ser indicado a plastia da valva ou a sua substituição, dependendo do acometimento das valvas cardíacas. Dentre as valvopatias, a reumática é conceituada como a doença cardíaca mais frequentemente adquirida em todo o mundo e a principal causa de morte cardiovascular nas primeiras cinco décadas de vida em países desenvolvidos (CHAVES; SILVEIRA; CECETTO; 2016).

Os resultados em longo prazo da cirurgia valvar são melhores quando as lesões são tratadas no primeiro estágio da doença, no qual pode haver um aumento da expectativa de vida do paciente em muitos anos. O tratamento cirúrgico deve ser realizado um pouco antes da função cardíaca do paciente sofrer danos irreversíveis (MORTON; FONTAINE, 2011)

As cirurgias cardíacas requerem um manejo dos cuidados de alta complexidade sob rigorosa supervisão. É um desafio ímpar para os enfermeiros perioperatórios, pois consiste em integrar o conhecimento teórico, a capacidade de avaliação e de resolução de problemas para oferecer um cuidado de enfermagem de excelência e sempre mantendo o paciente como foco de sua atenção (MORTON; FONTAINE, 2011).

Assim como nas cirurgias vasculares, a atenção da equipe de enfermagem deve ser rigorosa, pois o sistema circulatório é extremamente complexo, funciona ininterruptamente durante

toda vida do indivíduo, sob as mais variadas condições fisiológicas. E como todo sistema complexo, suas partes podem apresentar falhas de funcionamento, cujas manifestações clínicas são as doenças circulatórias ou cardiovasculares que requerem da mesma maneira cuidados especializados (COELHO, 2009).

2.2 CIRURGIA VASCULAR

A fisiopatologia do sistema vascular corresponde ao fluxo sanguíneo reduzido através dos vasos periféricos o qual caracteriza todas as doenças vasculares periféricas. Os efeitos fisiológicos do fluxo sanguíneo alterado dependem da extensão em que as demandas tissulares excedem o suprimento disponível de oxigênio e suprimentos. Quando as necessidades tissulares são elevadas, mesmo o fluxo sanguíneo discretamente reduzido pode ser inadequado para manter a integridade tissular. Nesta condição, os tecidos entram em isquemia, ficam desnutridos e por fim, morrem, a menos que seja restaurado o fluxo sanguíneo adequado (SMELTZER et al., 2011).

A cirurgia vascular tem por objetivo tratar por meio cirúrgico os pacientes acometidos por doenças do sistema circulatório. Os problemas mais comuns são: doenças arteriais oclusivas e aneurismas (COELHO, 2009).

A sua causa mais frequente é a aterosclerose e a correção dos fatores de risco, em fase precoce da doença, pode contribuir para o controle da sua progressão. Por outro lado, a doença arterial periférica (DAP) é um marcador de aterosclerose generalizada. Estes doentes têm um elevado risco de mortalidade cardiovascular, de aproximadamente 12% ao ano, superior aos indivíduos da mesma idade e sexo. Uma vez que o tratamento desta doença passa mais pela correção e intervenção nos fatores de risco para doença cardiovascular, do que pela intervenção específica no nível da isquemia local (FERREIRA; BARROSO; DUARTE, 2010).

Neste sentido, a aterosclerose é a doença mais comum das artérias, cujo significado é endurecimento das artérias. É um processo difuso por meio do qual as fibras musculares e o revestimento endotelial das paredes das pequenas artérias e arteríolas ficam espessados. A aterosclerose envolve um

processo diferente, afetando a camada íntima das artérias de médio e grande calibre. Essas alterações consistem no acúmulo de lipídios, cálcio, componentes sanguíneos, carboidratos e tecido fibroso sobre a camada íntima da artéria. Esses acúmulos são referidos como ateromas ou placas (SMELTZER et al., 2011).

Os resultados diretos mais comuns da aterosclerose nas artérias incluem: a estenose, a obstrução por trombose, o aneurisma, a ulceração e a ruptura. Seus resultados indiretos são a desnutrição e a subsequente fibrose dos órgãos que as artérias escleróticas suprem de sangue (SMELTZER et al., 2011).

A aterosclerose pode desenvolver-se em qualquer ponto no organismo, porém, determinados sítios são mais vulneráveis, como as regiões onde as artérias se bifurcam ou áreas de ramificação. Na porção proximal dos membros inferiores, estas incluem a aorta abdominal distal, as artérias ilíacas comuns, o orifício da artéria femoral superficial e femoral profunda e a artéria superficial no canal adutor, que é particularmente estreito (SMELTZER et al., 2011)

Estima-se que a DAP tenha de 3-10% de prevalência da doença. O seu principal sintoma é a claudicação intermitente, cuja prevalência é de cerca de 3% nos doentes de 40 anos, subindo para 6% nos doentes sexagenários. Prevê-se que esta prevalência aumente nos próximos 20 anos, com o aumento da esperança de vida (FERREIRA; BARROSO; DUARTE, 2010).

A claudicação intermitente, que é caracterizada por desconforto muscular no membro inferior, produzido pelo exercício e que alivia com o repouso, tem um impacto negativo na qualidade de vida dos doentes. A correção dos fatores de risco, em fase precoce da doença, pode controlar a sua progressão. Por outro lado, a DAP é um marcador de aterosclerose generalizada (FERREIRA; BARROSO; DUARTE, 2010). Ainda de acordo com estes autores, o tratamento cirúrgico que pode ser usado em pacientes com doença aterosclerótica dos membros inferiores pode ser dividido em dois grupos: cirurgia arterial direta e cirurgia endovascular.

Dentro da Cirurgia arterial direta temos as cirurgias de *Bypass*, uma cirurgia que ultrapassa a lesão arterial utilizando um conduto veia ou prótese. Por exemplo: *bypass* femoro-

poplíteo, *bypass* ílio-femoral, *bypass* aorto-bifemoral. A Endarterectomia, que é uma cirurgia para remoção da placa de ateroma de artéria. E a Tromboembolectomia, ato em que, utilizando um cateter, se remove o coágulo de sangue da artéria (FERREIRA; BARROSO; DUARTE, 2010).

Já as Cirurgias Endovasculares dependem das condições clínicas do paciente, das características e localização das lesões ateroscleróticas, pode ser optado pela cirurgia ou terapêutica endovascular. A opção pela terapêutica endovascular apresenta a vantagem de ser uma técnica menos invasiva e, portanto, com tempo de internamento mais curto. Dentre as cirurgias vasculares, destacam-se: Angioplastia, Colocação de *stent*, Colocação de endoprótese (FERREIRA; BARROSO; DUARTE, 2010).

Uma das principais áreas de atuação da cirurgia vascular como especialidade médica é o tratamento de isquemia dos membros inferiores, com possibilidade de reversão do quadro isquêmico e salvamento da extremidade, que de outra forma seria candidata à amputação (AUN; ESTENSSORO; SILVA, 2008).

Contudo, as amputações dos membros inferiores continuam sendo um procedimento frequente, apesar dos avanços técnicos das revascularizações para preservação de extremidades isquêmicas. A amputação consiste em cortar uma parte do corpo. Uma vez definida a amputação, a escolha de seu nível mais provável desempenha um papel crucial no planejamento operatório. O nível adequado de amputação deve remover todo o tecido isquêmico, doloroso, infectado e necrótico, e promover a cicatrização no local de secção proposto. Sendo assim, a amputação, não deve ser vista apenas como um procedimento de eliminação da isquemia e/ ou infecção, com o objetivo único de salvar a vida, mas também como intervenção reconstrutora e uma oportunidade de recomeço (AUN; ESTENSSORO; SILVA, 2008).

Já na doença vascular cerebral, o objetivo principal do tratamento é a prevenção de acidente vascular cerebral e suas sequelas. As indicações são baseadas principalmente no grau de estenose carotídea, na presença ou não de sintomas e na experiência do serviço de cirurgia vascular. Os sinais e sintomas clínicos, decorrentes da aterosclerose também dependem do

órgão ou tecido afetado. O objetivo da Endarterectomia é a retirada da placa de ateroma da bifurcação carotídea. A cirurgia é realizada por incisão longitudinal na borda anterior do músculo esternocleidomastoídeo. As artérias carótidas comum, interna e externa são ocluídas temporariamente para que a artéria seja aberta longitudinalmente no sentido da carótida comum para carótida interna e a placa de ateroma seja retirada. Após a retirada da placa, a artéria é fechada com sutura contínua e o fluxo cerebral é restabelecido (COELHO, 2009).

Os aneurismas de aorta são definidos como dilatações permanentes tendo pelo menos 50% do aumento de seu diâmetro. A maioria dos pacientes com aneurisma de aorta é assintomática. Ocasionalmente pacientes descrevem uma bola em seu abdome ou podem palpar uma massa pulsátil no mesogástrico (COELHO, 2009).

A prevalência de aneurisma de aorta aumentou nos últimos anos e varia entre 2 e 4% na população geral. Observou-se ainda um aumento dessa conforme a idade da população, sendo 3% acima de 50 anos 6% por volta dos 65 e 10% após os 80, tendo como predisposição o sexo masculino com média de 5:1 (FERRO et al., 2012).

A mortalidade pode estar relacionada com a ruptura do aneurisma, atingindo taxas entre 23 e 63%, com influência de diversos fatores como faixa etária, comorbidades, local da ruptura e acesso a tratamento adequado (FERRO et al., 2012). Todavia, ao se avaliar a mortalidade relativa ao procedimento cirúrgico eletivo, a mesma se reduz substancialmente, alcançando níveis entre 3 e 5%. As principais causas tardias de óbito para doentes submetidos à correção eletivamente são: doença cardíaca (44%), câncer (28%), doença cerebrovascular (8,3%), doença pulmonar (6,8%), insuficiência renal crônica (5,4%), insuficiência hepática (0,5%), ruptura de aneurisma torácico (1,5%), ruptura de aneurisma abdominal (1,5%), hemorragia gastrointestinal (1%) (FERRO et al., 2012).

O tratamento cirúrgico, contudo, se refere à substituição cirúrgica da aorta aneurismática, pela exposição desses vasos por meio de incisões transperitoneais ou extraperitoneais, com o implante de um enxerto sintético nos segmentos arteriais proximal e distal, não envolvidos pela doença aneurismática. O tratamento aberto deve ser a primeira escolha para o manejo de

pacientes com risco cirúrgico baixo ou moderado. Acredita-se que o tratamento endovascular representa opção terapêutica aceitável para os pacientes considerados de alto risco para o tratamento aberto (COELHO, 2009).

Diante da complexidade dessas cirurgias torna-se essencial uma assistência diferenciada do enfermeiro com uma estrutura que possam deixar claro para toda a equipe de saúde as rotinas estabelecidas pela Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória, assim legitimando o cuidado.

2.3 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA- SAEF

Em 1860, Florence Nightingale iniciou a prática da enfermagem baseada em conhecimento científico (ADAMY; TOSSATTI, 2012). Com o passar dos anos foram criadas teorias de enfermagem que ajudaram a classificar e qualificar o processo de cuidar organizando a profissão como ciência (LEMOS; SURIANO, 2013).

No ano de 1950, algumas teóricas como Hildegard E. Peplau, Virginia Henderson, Faye Glenn Abdellah e Dorathea E. Johnson, buscando entender quais eram as necessidades dos pacientes e como o enfermeiro poderia agir sobre essas necessidades, criou-se então os diagnósticos de enfermagem (DE) organizando o trabalho para melhoria da assistência ao paciente. Essa prática culminou em uma enfermagem mais estruturada e a implantação da SAE como um instrumento de trabalho do enfermeiro (ADAMY; TOSSATTI, 2012).

Conforme a Resolução COFEN 358/2009, a SAE deverá ser utilizada em todas as instituições de saúde, pública e privada, sendo privativo ao enfermeiro o registro de suas etapas (COFEN, 2009). A SAE favorece a organização do trabalho profissional quanto ao método da assistência, pessoal e instrumentos, possibilitando a operacionalização do PE contemplado em cinco etapas: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem (COFEN, 2009). O PE é a prática das ações sistematizadas e inter-relacionadas, que possibilita a estruturação da assistência de enfermagem, representando uma

abordagem de enfermagem ética e humanizada, voltada à resolução de problemas (FREIBERGER; MUDREY, 2011).

A SAEP surge como um processo de enfermagem adaptado ao ambiente cirúrgico. Esta metodologia preconiza a atuação do enfermeiro nos períodos pré-operatório, transoperatório e pós-operatório (SARAGIOTTO; TRAMONTINI, 2009).

Nesse sentido, a SAEP tem como objetivo melhorar a qualidade do atendimento, aplicando um cuidado individualizado, participativo, integral e continuado, preservando a integridade e o bem-estar do paciente e família, e assim minimizar os riscos de infecções e agravos durante o processo cirúrgico (SILVA; PATRICIA, 2015).

Para tanto, o instrumento que organiza os dados do paciente é subdividido em cada período perioperatório oferecendo específico e completo registro da avaliação clínica do enfermeiro, com a descrição de toda assistência de enfermagem executada no período perioperatório. A correta aplicação do instrumento demonstra a importância da atuação do enfermeiro, considerando os aspectos relacionados ao significado da sua presença na sala de operação e de que forma este profissional é parte integrante da equipe cirúrgica (LEMOS; SURIANO, 2013).

Neste sentido, os estudos de Lemos e Suriano (2013); Freiberger e Mudrey (2011) e Moreira e Popov (2009) apontam que a utilização de um instrumento de registro voltado para o paciente cirúrgico traz para prática da enfermagem uma assistência de qualidade. Faz repensar sobre a assistência no ambiente cirúrgico, estimulando os profissionais a aprimorar sua prática, considerando a sua importância no planejamento e implementação da assistência.

A execução da SAEP ocorre nas três fases do processo cirúrgico: pré-operatório, transoperatório e pós-operatório. (LASAPONARI; BRONZATTI, 2009).

Nesse sentido, as fases perioperatórias são descritas a seguir, em suas principais atividades relacionadas à assistência de enfermagem:

2.3.1 Período pré-operatório

O período pré-operatório imediato compreende as 24 horas que antecedem o processo anestésico-cirúrgico até o encaminhamento do paciente para o centro cirúrgico (LEMO; SURIANO, 2013). Neste período, o enfermeiro efetua a visita pré-operatória na qual irá preparar o paciente para o ato cirúrgico, realizando o histórico do paciente, identificando dados clínicos e cirúrgicos importantes para a assistência, identificando suas necessidades para formulação de (DE), plano de cuidados, intervenções e evolução de enfermagem (SILVA; PATRICIA, 2015; SOBREC, 2013).

As informações coletadas devem indicar o tipo de cirurgia; a existência de processo anestésico-cirúrgico anterior; o estado nutricional; os riscos no intraoperatório e as possíveis complicações no pós-operatório imediato; a pesquisa sobre a existência de doenças associadas, de alergias, de medicamentos, de fumo, de álcool, de drogas; a avaliação dos exames de imagem, de laboratório e do eletrocardiograma (LEMO; SURIANO, 2013).

Esta etapa é fundamental, pois proporciona uma interação efetiva entre o paciente e o enfermeiro, favorecendo ao enfermeiro conhecer o paciente e identificar seus problemas e suas necessidades, o que lhes possibilita planejar individualmente as ações de enfermagem, contribuindo para uma melhor qualidade do transoperatório e pós-operatório (SARAGIOTTO; TRAMONTINI, 2009).

O enfermeiro, neste período, deverá seguir alguns protocolos antes de o paciente ser encaminhado ao CC (LASAPONARI; BRONZATTI, 2009). As orientações quanto ao jejum, retirada de adornos e próteses dentárias; a higiene corporal e oral prévias; o esvaziamento vesical e intestinal e a tricotomia devem ser realizados. Esses protocolos irão assegurar um encaminhamento ao CC seguro, isento de intercorrências (LEMO; SURIANO, 2013).

2.3.2 Período Transoperatório

A recepção do paciente no CC até a saída da sala cirúrgica compõe o período transoperatório. Este período inicia-se com a

chegada do paciente e o acolhimento pelo enfermeiro, o qual deve confirmar: nome, idade, alergias, preparos, a assinatura do termo de consentimento do procedimento; as condições clínicas do paciente; a presença do prontuário com os exames laboratoriais e de imagem; a realização do preparo pré-operatório; o exame físico simplificado e a mensuração dos sinais vitais (AMANTE; SENA; RUMOR, 2016). O principal objetivo dessa fase é diminuir os riscos dos procedimentos anestésico-cirúrgicos, por meio de intervenções de enfermagem efetivas (SARAGIOTTO; TRAMONTINI, 2009).

No decorrer desta fase tem-se o intraoperatório, que se inicia com o procedimento anestésico-cirúrgico propriamente dito e se estende até a reversão da anestesia (AMANTE; SENA; RUMOR, 2016). Nesta fase, o enfermeiro prescreve os cuidados relativos ao posicionamento do paciente; a monitorização; a determinação do local de colocação da placa do eletrocautério; a degermação do campo operatório; a solução antisséptica utilizada; o balanço hídrico; a verificação de utilização de implantes ou próteses; a passagem de cateteres, de sondas, de drenos; a realização de curativos; a prevenção de intercorrências com o uso de dispositivos e a manutenção da segurança do paciente, efetuando registro de intercorrências e alterações hemodinâmicas. Com o término da cirurgia, o enfermeiro registra a evolução de enfermagem, incluindo os cuidados prestados durante o processo cirúrgico e realiza a passagem de plantão das condições clínicas do paciente para a SRPA. (LEMOS; SURIANO, 2013).

Dentro do PE, no período transoperatório segue-se a prescrição de enfermagem transoperatória com avaliação e evolução. No final do procedimento, recomenda-se que a prescrição pós-operatória seja iniciada pelo enfermeiro do CC (SOBECC, 2013).

2.3.3 Período pós-operatório

O período pós-operatório compreende todo o período após a realização do procedimento anestésico-cirúrgico que se compreende em três etapas: o pós-anestésico, o pós-operatório imediato e o pós-operatório mediato. Recomenda-se a utilização de um instrumento próprio da SAEP, o qual contenha todas as

anotações sobre a evolução clínica do paciente nos períodos de pré-operatório, de transoperatório e de pós-operatório para garantir a continuidade da assistência (SOBECC, 2013). O período pós-anestésico se dá a partir da chegada do paciente ao setor até sua alta para unidade de origem. Nessa fase, deve-se dar continuidade à prescrição pós-operatória e a evolução.

Destaca-se que os pacientes que realizam cirurgias de grande porte, como as cardiovasculares, são encaminhados diretamente da sala de operação para unidade de terapia intensiva (UTI) e permanecem nesta unidade durante toda a fase pós-operatória imediata (POI). Na maioria das vezes são levados sob efeito de sedação e utilizando ventilação mecânica (SOBECC, 2013).

O período pós-operatório imediato inicia a partir do término do procedimento cirúrgico até completar as primeiras 24 horas e o enfermeiro aplicando a SAEP poderá verificar os resultados dos cuidados prestados nas fases anteriores, para evolução do paciente (SOBECC, 2013).

O período pós-operatório mediato começa com o término das primeiras 24 horas e prossegue enquanto o paciente estiver em observação pela equipe de enfermagem e médica. Nesta fase avalia-se o estado clínico do paciente, identificando os diagnósticos de enfermagem, traçando e elaborando planos de cuidados e efetuando intervenções de enfermagem (SILVA; PATRICIA, 2015).

Com o decorrer do processo cirúrgico a SAEP tem como finalidade avaliar o sucesso e os insucessos ocorridos durante os cuidados de enfermagem prestados nos períodos pré-operatório, transoperatório e pós-operatório e proporciona ao enfermeiro o acompanhamento das condições clínicas do paciente e a assistência individual para a melhoria da qualidade da assistência (LASAPONARI; BRONZATTI, 2009).

Para isto, os enfermeiros necessitam desenvolver competências e habilidades técnicas específicas nesta área adquiridas com a prática e o aprofundamento científico desta temática.

2.4 COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO (A) PERIOPERATÓRIO

Durante o processo cirúrgico, o paciente encontra-se emocionalmente fragilizado, pois se defronta com algo que desconhece. Dessa maneira é vital que a equipe de enfermagem, além de outros cuidados, mantenha o paciente tranquilo e seguro (MOREIRA; POPOV, 2009). O período de internação hospitalar gera ao paciente um sentimento de ruptura com a vida diária, com a perda de sua autonomia. Nesse período, deve-se assistir o paciente em toda sua complexidade. (MOREIRA; POPOV, 2009).

A enfermagem perioperatória tem como objetivo a assistência ao paciente cirúrgico e sua família, ou seja, desenvolver o cuidado de enfermagem nos períodos pré-operatório, transoperatório e pós-operatório. Essa assistência deve ser realizada no sentido de minimizar os riscos e as complicações relacionadas ao procedimento anestésico-cirúrgico e a hospitalização. Nesse sentido, a prática profissional exige avaliação rigorosa e contínua das alterações e necessidades apresentadas pelo paciente para implementação das intervenções adequadas. (GUIDO et al., 2014).

O enfermeiro é habilitado para coordenar o desenvolvimento do processo cirúrgico em todas as suas etapas, tendo como objetivo viabilizar o transcorrer do ato anestésico-cirúrgico dentro de um ambiente seguro, asséptico com menor risco de intercorrências para o paciente e para a sua equipe (FREIBERGER; MUDREY, 2011).

O trabalho do enfermeiro perioperatório se desenvolve em dois momentos: assistência de enfermagem direta com o paciente e na administração da unidade. Neste sentido, o enfermeiro, ao desenvolver o cuidado de enfermagem em ações sistematizadas precisa de habilidades e capacidades de raciocínio lógico, equilíbrio emocional e facilidade de comunicação com o paciente durante a assistência. Existem ações que não podem ser delegadas a outros profissionais, tais como o levantamento de dados, sempre com o intuito de partilhar informações significativas sobre o paciente para um melhor resultado, com qualidade e resolutividade (GOLÇALVES et al., 2011).

Na administração seu trabalho se realiza no sentido de equipar a unidade com as melhores condições de atendimento aos pacientes e para o trabalho para equipe, provendo um ambiente, com materiais; equipamentos e recursos humanos de elevado padrão técnico-científico e ético, com a finalidade de oferecer melhores condições para o desenvolvimento do processo cirúrgico (SARAGIOTTO; TRAMONTINI, 2009).

O binômio enfermeiro-paciente é a essência do propósito da enfermagem, com o intuito de ajudar o paciente e a família a enfrentarem e entenderem a experiência da dor, do sofrimento no qual estão vivenciando. A tentativa de alcançar o bem-estar do paciente cirúrgico é o principal objetivo do enfermeiro, isso porque o mesmo pode apresentar um alto nível de estresse e desenvolver sentimentos de negação, devido seu estado emocional, tornando-se vulnerável e dependente. (MOREIRA; POPOV, 2009).

Os enfermeiros perioperatórios lidam diretamente com o emocional do paciente e seus familiares no processo que estão vivenciando, porém se sentem responsáveis também pela metodologia da assistência prestada implementada pelas padronizações, práticas recomendadas, roteiros de orientação, atividades de mensuração e aperfeiçoamento do desempenho, melhores práticas, e diretrizes clínicas. Estes instrumentos constantemente reforçam sua competência profissional com a educação permanente (ROTHROCK, 2008).

O estudo realizado por Saragiotto e Tramontini (2009) com objetivo de identificar estratégias utilizadas por enfermeiros para realização da SAEP nas fases pré-operatória, transoperatória, e pós-operatória em instituições da cidade de Londrina-PR. demonstrou que a utilização de um instrumento de registro voltado para o ambiente cirúrgico, no qual esteja previsto o levantamento de dados e análise das necessidades individuais do paciente a ser submetido ao processo cirúrgico, auxilia na redução de riscos decorrentes da utilização dos materiais e equipamentos necessários ao desenvolvimento do ato cirúrgico. Sendo assim, o estudo aponta que realizando o registro da SAEP, se tem a implementação da assistência de enfermagem integral, individualizada, documentada, participativa e avaliada, tendo como foco o paciente no período operatório, diminuindo a

ansiedade do paciente, colaborando com a sua recuperação (SARAGIOTTO; TRAMONTINI, 2009).

Lemos e Suriano (2013) revelaram que a SAEP tornou-se cada vez mais relevante ao longo dos tempos, delineando a importância da atuação do enfermeiro na assistência ao paciente cirúrgico, demonstrando assim um cuidado de enfermagem mais qualificado e especializado (LEMOS; SURIANO, 2013).

O mesmo estudo apontou também que é de responsabilidade dos enfermeiros a criação de instrumentos, impressos, fichas que possam instrumentalizar a SAEP sendo um processo de registro da instituição, no prontuário do paciente e para questões legais civil, ético e dos órgãos de fiscalização dos conselhos que regulamentam a profissão (LEMOS; SURIANO, 2013).

Neste sentido a assistência de enfermagem no período perioperatório deve ser planejada individualmente, com base em evidências científicas e determinada pelo estado de saúde do paciente, tipo de cirurgia, norma institucional, tempo disponível para o preparo cirúrgico e necessidades apresentadas em cada situação (ASCARI, 2014).

Este período de assistência de enfermagem resulta em benefícios ao paciente, proporcionando condições para que tenha uma convalescença precoce ao ajudá-lo a se adaptar as alterações e aos problemas resultantes da cirurgia. Nesse sentido a equipe de enfermagem esmera-se em proporcionar ao paciente as melhores condições físicas e emocionais possíveis; orientando-o da melhor forma possível a fim de minimizar sua ansiedade, e assim prevenir complicações pós-operatórias. Paralelamente, o ensino de estratégias para o autocuidado ajuda para uma recuperação mais efetiva aumentando assim a sua confiança e recuperação durante o período pós-operatório (FREIBERGER; MUDREY, 2011).

Sendo assim, o sucesso da assistência de enfermagem ocorrerá a partir das atividades desenvolvidas durante cada período perioperatório. Dessa forma muitas complicações que são observadas no pós-operatório poderão ser prevenidas por meio da assistência de enfermagem nas fases anteriores (FREBERGER; MUDREY, 2011).

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Com o passar de sua história, a Enfermagem vem agregando conhecimentos empíricos e os profissionais têm desenvolvido suas atividades baseadas em normas e rotinas repetidas, inúmeras vezes sem refletir sobre a sua atuação, mesmo com as modificações na postura dos pacientes, da organização das instituições e do avanço tecnológico na área da saúde (REGIS; PORTO, 2011).

Dessa forma, como consequência, os pacientes acabam recebendo um cuidado de enfermagem mecanizado e os profissionais de enfermagem deixam de alcançar suas necessidades. Levando a um contexto de insatisfações, o que traz a desvalorização do cuidado (REGIS; PORTO, 2011).

Para tanto, os modelos teóricos corroboram muito na prática assistencial de enfermagem quando utilizados como referencial para a SAE. Proporcionando meios para organizar as informações e os dados dos pacientes, para analisar e interpretar esses dados, e assim, cuidar e avaliar os resultados desse cuidado (AMANTE; ROSSETTO; SCHNEIDER, 2009).

Tendo em vista o supracitado, buscou-se utilizar neste estudo as definições e conceitos embasados na Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Wanda de Aguiar Horta por abranger aspectos cruciais para a sustentação deste estudo. Além disto, na instituição onde estudo foi realizado, a SAE está organizada a partir desta teoria. Deste modo, o referencial teórico norteou o estudo foi o das NHB, a fim de proporcionar a adesão e favorecer a elaboração de ações de enfermagem que permitam organizar e orientar o cuidado ao paciente no período perioperatório.

É relevante salientar ainda que o cuidado de enfermagem envolve aspectos da assistência, gerência, educação e pesquisa. Assim, a criação de instrumentos de registro que contemplem a SAE requer, sobretudo, conceitos e estratégias de ações, para o aprimoramento do cuidado a ser prestado. Quando Horta escreveu sua teoria, considerou leis gerais que regem os fenômenos como a lei do equilíbrio, da adaptação e do holismo, tendo como base a Teoria da Motivação Humana de Maslow que fundamenta as NHB.

A classificação de necessidades proposta por João Mohana é utilizada por HORTA e se classifica em três níveis: psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais. Os dois primeiros níveis são comuns a todos os seres vivos nos diversos aspectos de sua complexidade orgânica, mas o terceiro nível, por enquanto e dentro dos conhecimentos atuais, é característica única do ser humano no contexto atual (HORTA, 1979). Todas essas necessidades estão inter-relacionadas, uma vez que fazem parte de um todo, o ser humano, fundamentando-se no conceito do holismo (HORTA, 1979).

Para Horta (1979), as necessidades são universais, para todos os seres humanos, o que varia de um indivíduo para outro é a sua manifestação e a maneira de satisfazê-la ou atendê-la.

Assim, partindo da teoria proposta, Horta (1979) afirma que Enfermagem consiste em uma ciência na arte de cuidar do ser humano atendendo suas necessidades básicas, ajudando-o a adquirir independência desta assistência, quando possível, promovendo o seu autocuidado; E assim, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais.

Neste contexto, a **Enfermagem** interage com o paciente cirúrgico, seus familiares e a equipe multiprofissional. Compreendendo suas necessidades na sua integralidade, reconhecendo o paciente e sua família como elemento participante ativo no seu autocuidado.

Nas **Ações de Enfermagem**, o cuidado é uma força propulsora e dinamizadora, nas quais o profissional de enfermagem atua em uma relação recíproca e interativa com o paciente.

De acordo com Horta (1979), o **Cuidado de Enfermagem** consiste em uma prática planejada, determinada e/ou automática da enfermagem, resultante da avaliação da condição do ser humano. O Assistir em Enfermagem consiste em executar pelo ser humano aquilo que ele não consegue fazer por si só; ajudar ou auxiliar quando ainda possui incapacidade para realizar o autocuidado; orientar ou ensinar, supervisionar e encaminhar a outros profissionais.

O Cuidado de Enfermagem ao paciente no período cirúrgico compreende todas as ações realizadas com o propósito de proporcionar uma recuperação plena, além de ser responsável na execução de medidas preventivas. O

planejamento deste cuidado faz parte de um processo para identificar alterações e determinar intervenções necessárias para cada paciente especificamente, buscando sempre atingir os resultados almejados e estabelecidos pela equipe de enfermagem.

Já o **Ser Humano** é entendido como um dos componentes do universo e este possui relação constante com o mesmo. Apresenta alterações do sujeito a estados de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e espaço. Possui capacidade de reflexão, imaginação, simbolização e pelo poder de unir presente, passado e futuro, diferente de outros seres do universo. Sendo que essas características o tornam único, autêntico e individual (HORTA,1979). Neste estudo, o **Ser Humano** em foco é o **Paciente no Período Perioperatório** que pode sentir medo, ansiedade, insegurança e dor em razão do processo cirúrgico. Assim, é imprescindível o apoio e o cuidado de enfermagem durante o período de internação hospitalar. No caso do paciente cirúrgico, também suas necessidades biopsicossociais encontram-se comprometidas.

Além do paciente, entende-se como ser humano o **Enfermeiro**, com três campos de ação distintos: a área específica, na qual o enfermeiro presta assistência direta ao ser humano nas suas necessidades humanas básicas e ajuda-o a realizar o autocuidado; a área de interdependência ou de colaboração, com o intuito de preservar, proporcionar e reestabelecer a saúde e a área social, onde são executadas atividades de ensino, pesquisa e administração, responsabilidade legal e participação na associação de classe (HORTA, 1979).

O profissional Enfermeiro é responsável pela assistência de enfermagem, pela supervisão da equipe e a organização da unidade, participando do cuidado e estando em contato permanente com o paciente durante 24 horas. E assim, estabelecendo o cuidado fundamentado no diálogo e na interação, compreendendo as atitudes e sentimentos do paciente e da família frente à experiência que vivenciam, possibilitando uma assistência de qualidade. Nesse sentido, elencando as prioridades das ações ao paciente, planejando um cuidado adequado de acordo com as necessidades afetadas do paciente cirúrgico.

Assim, Horta (1979) ainda conceitua **Saúde** como a estabilidade de todas as necessidades humanas básicas. Enquanto houver desequilíbrio nas necessidades básicas do indivíduo e família, se faz necessário o cuidado de enfermagem.

Entende-se que a Saúde do paciente cirúrgico pode sofrer interferências no processo de viver e de bem-estar devido ao processo cirúrgico e a mudança no estilo de vida. É através da relação inter-humana entre o ser paciente cirúrgico, familiar, acompanhante e equipe de enfermagem que se desenvolve o potencial para recuperar a saúde.

Deste modo, o **Ambiente** em especial faz parte do universo dinâmico, estando em contato constante com o mesmo, uma vez que esta atividade do universo promove mudanças que o levam a estados de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e no espaço (HORTA, 1979).

O Ambiente é entendido como o espaço físico onde os seres humanos estão inseridos, local onde se relacionam e onde ocorrem os encontros e desencontros de ideias, proporcionando a reflexão sobre a realidade. É neste ambiente que o enfermeiro desenvolve as ações de enfermagem.

4 REFERENCIAL METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE PESQUISA

Para alcançar os objetivos e responder ao problema de pesquisa, este estudo optou pela Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) como referencial metodológico. De acordo com Trentini, Paim e Silva (2014) a PCA consiste em um método que reflete sobre a prática assistencial a partir de fenômenos vivenciados no seu contexto, ou seja, significa a re-elaboração do processo de conhecimento para unir a teoria com a prática no campo assistencial e assim introduzindo construções inovadoras.

Desse modo, o pesquisador comprometeu-se com a construção de um conhecimento novo, que neste estudo realizou-se pela construção coletiva da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória. A PCA alia teoria, pesquisa e prática, então nada mais relevante que a utilização de uma metodologia que contenha estas especificidades, pois o pesquisador observou o problema em sua prática profissional e desenvolveu o projeto no seu local de trabalho.

4.2 PRESSUPOSTOS DA PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL

De acordo com Trentini, Paim e Silva (2014) a prática assistencial de enfermagem desperta a inovação, alternativas que minimizem ou solucionam situações adversas, aperfeiçoando a prática para a superação de situações favoráveis, requerendo o compromisso dos profissionais em incluir a pesquisa nas suas atividades assistenciais, unindo o saber -fazer e o saber- pensar.

Na PCA, o primordial é a convergência, ou seja, a união dos processos da prática assistencial e da investigação científica em contínua ação dialógica de modo a produzir ações de compromisso entre o pesquisador e o grupo de profissionais da assistência levando a efetiva construção do pensar e o fazer para inovação da prática assistencial em saúde (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Dessa forma a PCA é comandada por conceitos relacionados à prática assistencial e investigação científica, como

“dialogicidade, expansibilidade, imersibilidade e simultaneidade” (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Optou-se por utilizar a PCA para se chegar a elaboração do produto final que foi um instrumento de registro para o processo de enfermagem como um dos componentes da SAEP. Relacionando os conceitos preconizados pela PCA, dialogicidade, expansibilidade, imersibilidade, simultaneidade.

A **dialogicidade** refere-se ao diálogo como parte integrante do ser e é um modo de encontrar o conhecimento pela troca de ideias, passando a ser considerada como uma prática com potencial de gerar mudanças (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). A dialogicidade ocorreu em todos os momentos na proposta em especial no grupo de discussão.

A **expansibilidade** significa que a intenção inicial do pesquisador se amplia durante o processo do diálogo entre a prática assistencial e a investigação. Durante a prática assistencial o pesquisador encontrará temas de seu interesse que deverão ser avaliados, podendo levar a reformulações teóricas no projeto (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). A expansibilidade ocorreu desde o primeiro encontro, quando foram realizadas as entrevistas, as quais subsidiaram o desenvolvimento das propostas para a etapa da convergência que ocorreu nas reuniões com os grupos.

A **imersibilidade** caracteriza-se pela necessidade de imersão do pesquisador na assistência durante o processo investigativo com o propósito de construir mudanças na prática assistencial. Neste modo, o pesquisador realizou a imersão, reagindo como um dos agentes da prática assistencial e, ao mesmo tempo, continuando com sua atividade de pesquisador (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Por último, a **simultaneidade** é tratada por Trentini, Paim e Silva (2014) como o grande desafio desta metodologia, na qual o pesquisador deve praticar a assistência enquanto desenvolve a investigação. Ambas dialogam em suas informações, guardando suas qualidades em integridade. Durante todo o processo de pesquisar, a autora continuou desenvolvendo suas atividades profissionais no cenário onde ocorreram os espaços de discussão.

4.3 ETAPAS DA PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL

As autoras Trentini, Paim e Silva (2014) revelam que a forma de construir um projeto para uma PCA segue os padrões gerais de investigação científica, contemplando cinco fases ou procedimentos que são: fase de concepção, de instrumentação, de perscrutação, de análise e de interpretação. Essas fases constituem um processo com várias etapas consecutivas e inter-relacionadas, que nem sempre acontecem de forma linear, sendo apresentadas a seguir.

4.3.1 Fase de Concepção

Compreendeu a fase inicial da pesquisa e nela foram incluídos: a introdução e justificativa do tema, a questão de pesquisa, o objetivo, a revisão de literatura (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Neste estudo, a fase de concepção foi descrita na introdução e revisão de literatura nos capítulos 1 e 2.

4.3.2 Fase de Instrumentação

Corresponde às seguintes decisões metodológicas: escolha do local da pesquisa, dos participantes, dos métodos e das técnicas para obtenção e análise dos dados (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

4.3.2.1 *Local do estudo*

O estudo foi realizado no CC, unidades de internação mista e terapia intensiva de um Hospital público da grande Florianópolis, vinculado à Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina, criado pelo Decreto GP- 28/05/62/1.508. Foi inaugurado em 19 de abril de 1963, pelo então governador do estado Celso Ramos e tem como missão atender os indivíduos acometidos por doenças cardiovasculares, por meio da promoção e recuperação da saúde (SANTA CATARINA, 2016).

As primeiras cirurgias cardíacas oferecidas pelo Instituto de Cardiologia de Santa Catarina foram realizadas no Hospital Nereu Ramos, pois o mesmo não possuía sede própria. Em 30 de novembro de 1987, em função da necessidade de um espaço

mais apropriado, foi transferido para as dependências do Hospital Regional Homero de Miranda Gomes, em São José (SANTA CATARINA, 2016).

Desde então, se consolidou como instituição pública no atendimento aos pacientes acometidos por doenças cardiovasculares do SUS, realizando vários procedimentos, como: cirurgias cardíacas, cirurgias vasculares, implante de marca-passo o tratamento de pacientes portadores de insuficiência cardíaca de grau avançado e implante de cardio-desfibriladores. E assim se destacando como centro de referência cardiovascular para todo estado (SANTA CATARINA, 2016).

Atualmente, o hospital possui três unidades de internação com características mistas, ou seja, clínica e cirúrgica, totalizando 69 leitos, a UTI com 15 leitos sendo sete leitos cirúrgicos; o CC possui duas salas cirúrgicas, a hemodinâmica também possui duas salas para procedimentos intervencionistas. De acordo com os dados estatísticos da instituição a média de cirurgia realizada é de 70 procedimentos ao mês (SANTA CATARINA, 2016).

A realização da SAE na instituição segue o referencial da teoria das necessidades humanas básicas de Wanda de Aguiar Horta. Em todas as unidades, exceto o CC, são aplicadas algumas etapas do PE como o histórico de enfermagem, exame físico, evolução diária sem elaboração dos diagnósticos de enfermagem e do plano de intervenção de enfermagem. A instituição utiliza a taxonomia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE na realização dos diagnósticos de enfermagem, para que a SAE seja implementada.

4.3.2.2 Participantes do estudo

Foram convidados a participar da prática assistencial todos os enfermeiros, que totalizam 37, assim distribuídos: 10 na unidade de internação mista, quatro no centro cirúrgico, 13 na terapia intensiva, 1 na gerência de enfermagem, 1 no núcleo de segurança do paciente e dois no centro de controle de infecção hospitalar. Os técnicos de enfermagem foram convidados intencionalmente dois de cada setor. Foram convidados os enfermeiros para pesquisa, pois eles planejam e organizam a

assistência e os técnicos de enfermagem porque estes fazem parte da assistência executando as tarefas elencadas pelo enfermeiro. Como critérios de inclusão: ser profissional de enfermagem e trabalhar nas unidades acima citadas. Como critério de exclusão: estar de férias ou em licença.

Participou da pesquisa o total de 25 profissionais. Na primeira etapa do estudo (entrevistas) 25 profissionais, sendo 21 enfermeiros e quatro técnicos de enfermagem. E na segunda etapa do estudo (as reuniões com grupo): dos 25 participantes da primeira etapa só participaram dos encontros com o grupo no primeiro dia: 13 enfermeiros e no segundo dia oito enfermeiros e um técnico de enfermagem.

4.3.2.3 Técnica de coleta de dados

A PCA possibilita a utilização de vários métodos, estratégias e técnicas para a coleta de dados o que permite a convergência da pesquisa com a prática assistencial (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Neste estudo, a coleta dos dados foi realizada por meio de Entrevistas individuais e discussões em Grupos. A entrevista favorece a familiarização com os participantes, captação de informações fidedignas e a relação de confiança mútua, (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Deste modo, as entrevistas foram realizadas com o intuito de adquirir informações sobre a sua atuação como profissional de enfermagem no seu setor de trabalho e como este registra a sua prática no dia a dia. Cada entrevista deste trabalho teve como fio condutor um roteiro que se constituiu em duas partes distintas: na primeira parte foram listados: Identificação do Participante, relacionada à identificação de cada um, sendo iniciada traçando um perfil pessoal e profissional com dados como: nome, idade, sexo, formação profissional, tempo de serviço na saúde, além do conhecimento prévio em relação à SAEP. Na Segunda Parte foram registradas as perguntas abertas, três questões subjetivas que estimularam cada entrevistado a expor seus pensamentos e ideias sobre o assunto (Apêndice A).

Após as entrevistas, como continuidade da coleta dos dados, a princípio seriam realizados quatro encontros com os participantes, sob a forma de Discussão em Grupo, com a

finalidade de socializar as informações obtidas nas entrevistas e assim realizar a construção dos instrumentos de registro da SAEP. O grupo, porém, solicitou aumentar a carga horária dos encontros e transformá-los em dois encontros.

O trabalho coletivo é um trabalho de equipe, no qual existe diálogo, reflexão e decisão em conjunto, compreendendo a possibilidade de organizar o trabalho da enfermagem de uma forma mais comprometida, na qual as pessoas se sintam estimuladas e desafiadas a um cuidar, de si e do outro, com qualidade e resolutividade (SILVEIRA et al., 2005).

Os encontros para a discussão em grupo foram realizados em horários que favoreceram uma participação coletiva, com no máximo 3 horas de duração, utilizando recursos para registros das informações: gravador digital e anotações em diário de campo. Os encontros foram previamente agendados para não coincidirem com o horário de trabalho dos envolvidos. Além disto, houve a participação de uma enfermeira que realizou as anotações durante os encontros, sendo que a mesma não fez parte do estudo.

4.3.2.4 Aspectos éticos

Durante a pesquisa foram assegurados os fundamentos éticos e científicos pertinentes, sigilo da identidade e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido aos participantes da pesquisa, assim como atendeu todos os requerimentos previstos pela resolução CNS n 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo que o projeto foi enviado ao comitê de ética do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina (BRASIL, 2012).

O projeto de pesquisa foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina, com o (CAAE) n 66030717.4.0000.0113 e Parecer n 1984729 (Anexo B).

Incorporando também, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e a justiça assegurando os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos participantes da pesquisa e ao Estado (BRASIL, 2012).

Neste sentido, foi solicitada a cada participante a autorização após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B). Sendo explicado aos participantes: os objetivos, as etapas do desenvolvimento, a garantia do anonimato das informações e o direito destes participantes de desistirem do processo a qualquer momento, inclusive após o término da coleta de dados. Os nomes dos participantes foram substituídos pela letra “E”, significando a letra inicial da categoria (Enfermeiro) e a letra “T”, significando a letra inicial da categoria (Técnico de enfermagem) seguida de número absoluto e crescente como E1, E2, ... até E21 e T1, T2 até T4.

4.3.3 Fase de Perscrutação

Nesta fase, foram revelados estratégias ou instrumentos para obtenção dos dados, descrevendo sua realização e particularidades. De acordo com Trentini, Paim e Silva (2014), as estratégias surgem da criatividade do pesquisador e estas devem ter total aderência ao método de pesquisa. O que garante que as estratégias recomendadas sejam bem aproveitadas e assim contribua para a familiaridade com os participantes e os dados. As estratégias devem proporcionar precisão, confiabilidade, fidelidade e outras qualidades exigidas nos dados da pesquisa.

4.3.3.1 Operacionalização da Pesquisa

Primeiramente, foi solicitada formalmente autorização prévia à chefia dos serviços envolvidos e posteriormente foi realizada uma apresentação com explicação dos objetivos e de todo o desenvolvimento da pesquisa para os profissionais de enfermagem participantes, assim como foram explicados o conteúdo e a necessidade de assinatura do TCLE pelos participantes.

As entrevistas foram agendadas previamente por meio de telefone ou pessoalmente, em local acordado entre a pesquisadora e o participante em um único encontro com cada enfermeiro das unidades envolvidas. Todas as entrevistas foram gravadas e com tempo previsto de trinta minutos de duração.

Os encontros de discussão foram realizados conforme favorecimento da participação coletiva dos participantes envolvidos, com no máximo 3 horas de duração, utilizando recursos como: gravador digital e anotações em diário de campo. Neste sentido, nos apêndices C e D constam a configuração dos encontros, sendo assim distribuídos

4.3.3.2 Primeiro encontro: SAEP: Instrumentalização para prática e estruturação da SAEP

Este encontro, apresentado no Apêndice C, foi iniciado pela apresentação dos participantes, da proposta expondo o cronograma, a organização dos horários, a importância do comparecimento às reuniões. Também foram entregues aos participantes alguns modelos de instrumentos apresentado no Apêndice C. Neste sentido, foi proposta ao grupo a organização das reuniões no que se refere às datas e locais para que fossem apreciadas e ajustadas de acordo com a demanda do grupo. A seguir iniciou-se a reflexão sobre a SAEP como tecnologia de enfermagem, explorando seu conceito, seus objetivos, suas fases e como se desenvolve no período perioperatório.

Em seguida, o grupo se dividiu para cada fase do período perioperatório, criando assim um esboço da estruturação da SAEP conforme Apêndice D utilizando o referencial teórico que a instituição preconizada SAEP com fundamentação teórico-científica (ANEXO A) para a confecção do instrumento. Após a construção do esboço da SAEP o grande grupo reuniu-se novamente para discutir o esboço de cada fase, dando opiniões e sugestões dos pontos mais relevantes para cada etapa.

Posteriormente, foi realizado a construção coletiva do instrumento de acordo com os apêndices C e D. Na primeira etapa foram construídos o histórico de enfermagem e o exame físico. E por fim foi realizado o fechamento com uma autoavaliação do encontro, onde cada participante expôs para o grupo oralmente sua opinião.

4.3.3.3 Segundo encontro: Construção coletiva da SAEP e Avaliação da construção da SAEP

Este encontro, demonstrado no apêndice D, constou com a apresentação do esboço do instrumento aos participantes

realizado no primeiro encontro. Em seguida continuamos com a construção do instrumento na elaboração da Segunda etapa. Assim foi realizado o levantamento dos títulos dos diagnósticos de enfermagem de acordo com a CIPE e o plano de intervenções de enfermagem, elencando os diagnósticos e intervenções prioritárias ao paciente cirúrgico cardiológico.

E, por fim, estava previsto uma avaliação escrita da dinâmica, porém, os participantes solicitaram que fosse realizada uma reflexão sucinta para o grupo oralmente de cada participante sobre a sua percepção na realização da construção do instrumento, pois senão a carga horária da reunião iria se exceder.

4.3.4 Fases de Análise e Interpretação

Estas fases de análise e interpretação permeiam todo o processo de desenvolvimento da pesquisa, culminando com a elaboração do instrumento de sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória. Como em qualquer outro desenho de pesquisa, a PCA compreende quatro processos fundamentais correspondentes à lógica da análise de seus achados, processos estes denominados como: apreensão, síntese, teorização e transferência (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

O Processo de **Apreensão** iniciou-se com a exploração das informações provenientes das entrevistas e discussões em grupos. O Processo de **Síntese** foi constituído do estudo das informações obtidas nas entrevistas e discussões de grupo nos quais ocorreu a análise que foi examinada subjetivamente as associações e variações das informações coletadas, por meio de tabelas no Word. No Processo de **Teorização**, o pesquisador desenvolveu uma abordagem teórica, a partir das relações reconhecidas durante o processo de apreensão e síntese, por meio de leituras repetidas. Por fim, o Processo de **Transferência** originou-se com os resultados da pesquisa que foram discutidos e socializados nas discussões em grupos, justificando adaptações realizadas no decorrer do processo. Os agrupamentos por similaridades foram analisados conforme literatura científica.

Após análise e categorização, os dados da presente pesquisa foram organizados com o objetivo de construir

coletivamente a sistematização da assistência de enfermagem perioperatória à pacientes submetidos a cirurgias cardiovasculares em um Hospital público de Santa Catarina, constituindo o produto tecnológico. Assim, foi enviado ao *designer* gráfico o produto tecnológico para formatação gráfica.

5 RESULTADOS

Os resultados desta dissertação são apresentados conforme a Instrução Normativa 01/MPENF/2014 de 03 de dezembro de 2014 (Anexo C) a qual define os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão do Programa de Pós-graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Assim, apresentam-se neste capítulo um manuscrito e um produto.

5.1 MANUSCRITO 1 - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA EM CIRURGIA CARDIOVASCULAR: CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS¹

RESUMO

Objetivo: identificar o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória. **Método:** Trata-se de uma Pesquisa Convergente Assistencial com abordagem qualitativa. O estudo foi desenvolvido em um Hospital de referência em Cardiologia do Sul do Brasil. Fizeram parte da amostra de pesquisa 25 profissionais de enfermagem, sendo: 21 enfermeiros e quatro técnicos de enfermagem. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas e discussões em Grupos. Para a análise dos dados foi utilizada a análise de conteúdo da Pesquisa Convergente Assistencial. **Resultados:** Após a realização das entrevistas, discussão de grupos e análise do conteúdo das mesmas foram construídas duas categorias: Conhecimento dos profissionais de enfermagem acerca da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória; A prática da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória no cotidiano dos profissionais de enfermagem. Potencialidades da

¹ Recorte da dissertação Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória: Construção coletiva em um Hospital público de Santa Catarina apresentada ao Programa de Pós-graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem – modalidade Mestrado Profissional da Universidade Federal de Santa Catarina.

Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória como: proporciona um cuidado individualizado, planejado, padronizado, organiza as rotinas diárias e permite que os registros sejam uniformes. Questões a melhorar: aumento da carga horária, recursos humanos, atualização de normas e rotinas e um sistema informatizado de registro padrão.

Conclusão: Nesse sentido percebe-se na diversidade de informações que a Sistematização da Assistência Perioperatória confirmou ser uma ferramenta fundamental para o gerenciamento do cuidado, conduzindo o processo à integralidade da assistência com melhor desempenho assistencial.

Descritores: Enfermagem Perioperatória; Cuidados de Enfermagem; Processos de Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A enfermagem perioperatória tem como foco a assistência ao paciente cirúrgico e sua família, ou seja, desenvolver o cuidado de enfermagem nos períodos pré-operatório, transoperatório e pós-operatório. Essa assistência deve ser realizada no sentido de minimizar os riscos e as complicações relacionadas ao procedimento anestésico-cirúrgico e a hospitalização. Portanto, a prática profissional exige avaliação rigorosa e contínua das alterações e necessidades apresentadas pelo paciente para implementação das intervenções adequadas. (GUIDO et al., 2014).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) é um instrumento que organiza os dados do paciente, em cada momento do processo cirúrgico oferecendo específico e completo registro da avaliação clínica do enfermeiro, com a descrição de toda assistência de enfermagem executada no momento perioperatório. A correta aplicação do instrumento demonstra a importância da atuação do enfermeiro, considerando os aspectos relacionados ao significado da sua presença na sala de operação e de que forma este profissional é parte integrante da equipe cirúrgica (LEMOS; SURIANO, 2013)

Nesse sentido a SAEP é considerada uma estratégia fundamental na obtenção de resultados satisfatórios na implementação da assistência, com o objetivo de reduzir as

complicações durante o tratamento, de forma a auxiliar a adaptação e recuperação do paciente. Esse método requer o raciocínio crítico do enfermeiro, de forma a prestar assistência especializada às necessidades do mesmo; requerendo constante atualização, habilidades e experiência (SILVA et al., 2011).

O conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre as etapas da SAEP, sua aplicação no cotidiano e as facilidades e dificuldades encontradas para a implementação é fundamental para propor soluções que possam ser viáveis, com o propósito de aprimorar esta metodologia de trabalho. (SILVA et al., 2011).

Além disso, a necessidade de aprimoramento teórico-científico em serviço, com práticas educativas e a sensibilização das equipes sobre a SAEP enfatizam a necessidade de qualificação e treinamento dos profissionais de enfermagem na busca de melhoria do cuidado e do desempenho profissional das equipes (BARBOSA et al., 2015).

Assim, é necessário questionar como construir coletivamente a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória à pacientes submetidos a cirurgias cardiovasculares em um Hospital público de Santa Catarina? Em busca dessa resposta, o objetivo deste estudo foi identificar o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória.

METODOLOGIA

Trata-se de uma Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) com abordagem qualitativa (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

O estudo foi desenvolvido em um Hospital público de referência cardiológica do Sul do Brasil, nas unidades de centro cirúrgico, unidades de internação e terapia intensiva, junto aos enfermeiros e técnicos de enfermagem.

O serviço de enfermagem desse hospital segue o referencial teórico norteado pela Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Wanda Horta (1979) De maneira geral, na realidade da instituição, todos os registros de profissionais de enfermagem são realizados em todos os turnos assistenciais, diretamente no prontuário eletrônico do paciente com informações que contemplem as últimas 24 horas de assistência ao mesmo. Existe por parte da gerência de

enfermagem deste hospital um empenho para que a SAE seja implementada.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de abril a junho de 2017, após o projeto de pesquisa ser aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em seres Humanos da instituição, com certificado de Apreciação Ética (CAAE) n 66030717.4.0000.0113 e Parecer n 1984729.

Participaram da coleta de dados o total de 25 profissionais, os mesmos profissionais que participaram da primeira etapa também participaram da segunda etapa. Na primeira etapa do estudo (entrevistas) 21 enfermeiros e quatro técnicos de enfermagem. E na segunda etapa do estudo (as reuniões com grupo): participaram no primeiro encontro: 13 enfermeiros; no segundo encontro: oito enfermeiros e um técnico de enfermagem. Como critérios de inclusão: ser profissional de enfermagem e trabalhar nas unidades acima citadas. Como critério de exclusão: estar de férias ou em licença.

Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e seus nomes foram substituídos pela letra “E” para Enfermeiro, significando a letra inicial da categoria e a letra “T”, significando a letra inicial da categoria Técnico de Enfermagem seguida de número absoluto e crescente como E1, E2, ... até E21 e T1, T2 até T4.

Foi realizada a coleta de dados por meio de entrevistas e discussões em Grupos. As entrevistas foram realizadas com o intuito de adquirir informações sobre o conhecimento prévio dos profissionais sobre a SAEP, sua atuação como profissional de enfermagem no seu setor de trabalho e como este registra a sua prática no dia a dia. As entrevistas foram agendadas previamente por meio de telefone ou pessoalmente, em local acordado entre a pesquisadora e o participante em único encontro com cada profissional de enfermagem das unidades envolvidas. Todas as entrevistas foram gravadas e com tempo de duração de até trinta minutos.

Após as entrevistas, como continuidade da coleta dos dados, foram realizados dois encontros com os participantes, sob a forma de Discussão em Grupo, com a finalidade de socializar as informações obtidas nas entrevistas e assim construir o instrumento de registro da SAEP. Os encontros de discussão em grupo foram realizados conforme favorecimento da participação

coletiva dos participantes envolvidos, com no máximo 3 horas de duração.

Para a análise dos dados foi utilizada a análise de conteúdo da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA). O Processo de **Apreensão** iniciou-se com a exploração das informações provenientes das entrevistas e discussões em grupos. O Processo de **Síntese** foi constituído do estudo das informações obtidas nas entrevistas e discussões de grupo nos quais ocorreu a análise que foi examinada subjetivamente as associações e variações das informações colhidas. No Processo de **Teorização**, o pesquisador desenvolveu uma abordagem teórica, a partir das relações reconhecidas durante o processo de apreensão e síntese. Por fim, do Processo de **Transferência** originaram-se com os resultados da pesquisa que foram discutidos e socializados nas discussões em grupos, justificando adaptações realizadas no decorrer do processo.

Após esse processo foram construídas duas categorias, sendo selecionadas as falas mais significativas para ilustrar a análise e discussão dos resultados.

RESULTADOS

Fizeram parte da amostra de pesquisa 25 profissionais de enfermagem, sendo: 21 enfermeiros e quatro técnicos de enfermagem, 24 do sexo feminino e um do sexo masculino, com faixa etária variável entre 20 a 50 anos, com experiência profissional entre um e 30 anos. Após a realização das entrevistas, discussão de grupos e análise do conteúdo, foram construídas duas categorias: Conhecimento dos profissionais de enfermagem acerca da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória; A prática da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória no cotidiano dos profissionais de enfermagem, as quais são descritas a seguir.

Conhecimento dos profissionais de enfermagem acerca da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória

Nesta categoria os relatos demonstraram que os profissionais possuem pouco conhecimento acerca da SAEP,

alguns nunca tiveram conhecimentos sobre o assunto, outros trazem a experiência de empregos anteriores e a minoria traz conhecimento superficial acerca da temática.

Nunca ouvi falar sobre a SAEP, então estamos abertos para saber mais o que vier de benefício para o paciente e para própria enfermagem. (T2)

Sei bem pouco sobre o assunto. Particpei de uma prática educativa ano passado, foi aonde obtive conhecimento sobre o assunto. (E2)

Nunca ouvi falar sobre SAEP. Desconheço. (E7)

A SAEP no meu ver, ela serve para nortear a equipe de enfermagem e o próprio enfermeiro nas ações de enfermagem para prestar uma assistência de qualidade e individualizada. (E16)

SAEP é uma sistematização de todos os cuidados, toda assistência prestada pelo enfermeiro e equipe de enfermagem. Acho de suma importância para poder estar relatando exame físico, diagnósticos de cada paciente e todos tem acesso. (E15)

Sinalizando assim que a implantação da SAEP nas unidades de assistência à saúde ainda se mostra como um processo desafiador, o qual requer um aprofundamento científico, elementos de mudança como crença, valores e postura profissional.

A prática da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória no cotidiano dos profissionais de enfermagem

Podemos constatar nesta categoria que a rotina de trabalho dos profissionais consiste nos cuidados integrais ao paciente. Os técnicos de enfermagem realizam as medicações,

curativos, cuidados de higiene e conforto, já os enfermeiros são responsáveis pelo exame físico do paciente, avaliação e diagnóstico de enfermagem, evolução. Aos enfermeiros também cabe a responsabilidade da gestão das unidades ocupando cargos de chefia e coordenação desenvolvendo atividades administrativas como escalas, treinamentos e supervisão. Cada setor trabalha de acordo com as necessidades dos seus pacientes, gerando diferenças e peculiaridades para cada setor. As diferenças não ficam somente na prestação do cuidado, mas, também nas formas de registro desse cuidado prestado. Alguns profissionais registram sua prática em sistema informatizado, outros manualmente, não tendo um padrão na instituição.

A atuação é diretamente com o paciente com todos os cuidados, parte de medicação, banho e curativos. (T1)

Meu registro é todo manual. Eu tenho folhas impressas e faço o meu registro nessas folhas, porém outros setores não têm acessos. São registros que ficam em uma pasta tipo protocolo só quem tem acesso é que tá lá dentro, mas, porém, quem quiser vir fazer um trabalho com esses dados pode utilizar. (E11)

O registro na instituição é deficitário de toda a equipe de enfermagem. Primeiro porque não existe uma padronização. Às vezes não preenchem, escrevem errado, não sabem o que registrar. Cada unidade é diferente uma da outra. Uns estão mais à frente em questão de registrar a prática outros não. Há uma necessidade de uma melhor comunicação dentro da instituição verbal e principalmente escrita que não tem. (E21)

Nesses relatos foi possível observar que ainda são necessárias discussões acerca da padronização do cuidado, despertando e estimulando os profissionais a buscarem uma uniformização das práticas de cuidado. Salientamos que o protocolo operacional padrão, as normas, as rotinas e os

instrumentos de registro podem ser desenvolvidos por meio de discussões em grupo de pesquisa formados por membros da chefia e profissionais da assistência. Neste sentido, o gerenciamento do cuidado se torna eficaz, eficiente e humanizado.

Outro fator apontado é a necessidade de aprofundar a prática profissional com o conhecimento científico disponível. Relatam que a padronização dos registros possibilita um cuidado de mais qualidade. Propõem mais discussões científicas para aprofundamento teórico e atualização de normas e rotinas. Além disso, sinalizam a necessidade de mais profissionais e um sistema informatizado de registro.

Eu acho que poderia ser mais científica se houvesse um roteiro para o técnico de enfermagem baseado nas avaliações feitas pelos enfermeiros criando uma rotina a ser seguida. Hoje em dia aqui na coronária tem as escalas de Morse e Braden e as prescrições de curativos que tem facilitado o serviço e creio que poderia melhorar isso também. (T1)

Eu vejo que o enfermeiro falta conhecimento no geral. Por exemplo, a SAEP era uma coisa que não sabíamos que existia. Falta estudo, falta empenho, falta se empoderar, se instrumentalizar para ver a importância de colocar isso no papel em um contexto geral. Acho que o enfermeiro tem que estudar a parte clínica do paciente para que tenha um embasamento para fechar um diagnóstico de enfermagem. Acho que o enfermeiro é muito de fazer, fazer, fazer, mas o que é dele ele não faz... que é a sistematização, que é os diagnósticos de enfermagem, orientação a equipe conforme os cuidados baseados em evidências. (E13)

Foi possível identificar que ainda temos alguns desafios que permeiam a prática na implementação da sistematização da assistência de enfermagem perioperatória. Observamos, porém, que os profissionais possuem interesse em buscar

aprimoramento profissional, estão abertos a mudanças que favoreçam a assistência ao paciente desde que tenham condições de trabalho e carga horária adequada para seu desenvolvimento. Para assim, proporcionar um trabalho de qualidade.

DISCUSSÃO

As dificuldades para implementação da SAEP parecem estar relacionadas ao nível de conhecimento dos profissionais sobre o assunto, pois para executar todas as atividades requeridas por essa metodologia, exige tempo para registro e análise dos dados.

Segundo Silva et al 2011, o desenvolvimento da SAE aumenta a qualidade da assistência e eleva o desempenho profissional. Para isto, no entanto, é necessário que os profissionais estejam familiarizados com os diagnósticos de enfermagem e tenham sensibilidade para adequar às necessidades do paciente às condições de trabalho.

É preciso que os enfermeiros realizem o raciocínio clínico, sendo, necessário o desenvolvimento da capacidade de pensar, raciocinar e usar a informação para a formação de conhecimento e tomada de decisão. Para isso, o enfermeiro necessita organizar o seu processo de pensamento. Este abrange as seguintes etapas: a concepção, momento no qual são coletados os dados; o julgamento, quando se faz o reconhecimento dos dados relevantes. Com essas duas etapas o profissional usa o seu pensamento crítico empregando suas habilidades cognitivas, comportamentais e hábitos da mente. Posteriormente passa-se para a fase da construção do raciocínio clínico compreendido pelo processo de pensamento e tomada de decisão aliados à prática profissional (CARVALHO; KUMARURA; MORAES, 2017).

Assim, raciocínio clínico permeia todas as fases do desenvolvimento da SAEP, pois o profissional necessita aprender a raciocinar criticamente conjuntamente ao seu conhecimento científico, deixando de realizar práticas assistenciais e tomadas de decisões sem fundamentação teórica e sem análise crítica dos dados. A SAEP é um processo que envolve mais do que uma sequência de passos a seres seguidos. É fundamental para que as intervenções de

enfermagem façam a diferença na garantia da qualidade do cuidado e proporcione ao paciente segurança frente às condutas empregadas em seu tratamento.

São inúmeras as necessidades para o desenvolvimento do cuidado de enfermagem, devido sua complexidade, pois cada um possui uma necessidade específica, sua individualidade e condições clínicas diferentes. A prática entre profissionais, a condição crítica dos pacientes e a utilização de inúmeros recursos tecnológicos requerem da enfermagem conhecimentos de ordens diversas, intensificando a assistência prestada e maximizando os processos efetivos de trabalho e cuidado (CARVALHO; BARCELOS, 2017).

Para que todos os profissionais adquiram autonomia frente a este complexo cenário da enfermagem é necessário utilizar a metodologia científica em suas ações, o que só será atingido pelo emprego sistemático do processo de enfermagem (HORTA, 1979).

Alguns requisitos são necessários para a implementação da SAEP e estão relacionados com aspectos que envolvem o ensino em Enfermagem, a estrutura das organizações do trabalho de Enfermagem e elementos que incluem crença, valores, conhecimento, habilidade e prática do enfermeiro. Além disso, são necessários uma política institucional que favoreça, liderança, participação ativa da Educação permanente, recursos humanos adequados, comunicação, instrumentos e processo de mudança.

De acordo a Resolução CNE/CES 3/2001, as diretrizes curriculares do ensino superior de enfermagem no Brasil apontam que o enfermeiro, com formação generalista deverá ser capaz de reconhecer e intervir em situações problemas dentro do processo saúde-doença atuando de maneira responsável e ética, pautados no rigor científico e intelectual. Propõem como conteúdos curriculares: Fundamentos de enfermagem que incluem os conteúdos relacionados ao trabalho do enfermeiro como técnicas, métodos e instrumentos; Administração de enfermagem que contempla o conteúdo de administração do processo de trabalho; Ensino de enfermagem que capacita o enfermeiro para a prática pedagógica além, dos conteúdos de bases biológicas.

A partir destes conteúdos, o profissional deve ser competente para a tomada de decisão e adquirir habilidades para avaliar, sistematizar e decidir a conduta mais apropriada, sendo que a comunicação verbal e a não verbal, o domínio da escrita e leitura e o uso de tecnologias de comunicação e informação permeiam este processo (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001).

Por outro lado, devem ter a competência de aprender continuamente, seja, durante a graduação ou na prática profissional tendo o compromisso da educação permanente (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001). Portanto, as bases curriculares do ensino superior de enfermagem sinalizam algumas competências necessárias para o desenvolvimento da sistematização da assistência de enfermagem.

Andrade et al. (2016), porém, realizaram um estudo com acadêmicos de enfermagem da Universidade do Estado do Amazonas, tendo o objetivo de analisar o conhecimento dos acadêmicos de enfermagem acerca do processo de ensino-aprendizagem da sistematização da assistência de enfermagem. Indicam que as dificuldades encontradas pelos acadêmicos em realizar a SAE estão relacionadas com o conhecimento científico insatisfatório, falta de familiaridade, falta de correlação entre a teoria e a prática nos campos institucionais, pouca utilização da SAE nos campos de prática e quantidade mínima de enfermeiros nos serviços de saúde culminando na não realização das etapas da sistematização de enfermagem.

Corroborando este estudo, Silva, Garanhan e Peres (2015) realizaram uma investigação com acadêmicos de enfermagem em uma universidade pública brasileira estadual com o objetivo de analisar as percepções dos acadêmicos de um curso de graduação em enfermagem sobre sua formação em Sistematização da Assistência de Enfermagem. Apontam que os cursos de graduação apresentam a SAE de forma fragmentada ao longo do curso dificultando o processo de aprendizagem.

Além disso, Andrade et al. (2016) revelam que há um distanciamento entre o aprendizado teórico e o desenvolvimento da prática profissional, necessitando que o docente seja mediador no processo de ensino-aprendizagem, devendo estimular o pensamento crítico e o julgamento clínico.

De acordo com Silva, Garanhani e Peres (2015) para a resolução desta dificuldade é necessária a reorganização dos conteúdos e a correlação destes com a SAE. É necessário também que o profissional tenha uma base científica sólida e pautada nas disciplinas de base como fisiologia, patologia e semiologia, habilidades de julgamento, construção de diagnósticos e implementação dos cuidados, aos quais devem ser construídos ao longo da graduação, com a mediação e estímulo do docente (ANDRADE et al., 2016)

Horta (1979) buscava tornar a enfermagem uma ciência, saindo da etapa empírica para a científica, ao pesquisar e buscar no dia a dia tornando-a uma ciência independente. Hoje a ciência da enfermagem está cada vez mais consolidada e neste sentido é necessário oferecer à equipe de enfermagem um preparo técnico-científico sobre a SAEP. Isto irá proporcionar aos profissionais oportunidades de conhecer mais sobre o assunto além de aplicarem uma assistência sistematizada e qualificada, saindo do assistir intuitivo para o agir organizado (CASTRO; CAIXETA, 2012).

A SAEP torna possível a gestão do processo de qualidade do trabalho, pois o enfermeiro, enquanto responsável pela gestão da assistência prestada ao paciente, desempenha a função elementar de promover a qualidade dos serviços de saúde através da sistematização. A sistematização garante o atendimento com critérios padronizados, propondo uma assistência de qualidade, e oferece meios de avaliação fornecendo dados confiáveis (PENEDO; SPIRI, 2014).

Para tanto, alguns estudos como os de Adamy e Tosatti (2012); Botelho, Veloso e Favero, (2013); Sena, Nascimento e Maia (2013); Duailibe et al. (2014); Carvalho et al. (2014) e Amorim et al (2014) reforçam a importância da SAEP como ferramenta para o gerenciamento do cuidado de enfermagem, mas apontam desafios para implementação desse instrumento. Desafios esses que vão desde o desconhecimento sobre a implementação da SAEP, como também a falta de recursos humanos e materiais indo ao encontro das falas dos participantes da nossa pesquisa.

O estudo de Duailibe et al. (2014) destaca a necessidade de treinamento específico para equipe de enfermagem, salientando a importância da SAEP como eixo norteador do

gerenciamento do cuidado, mas que ainda é um desafio a sua implementação.

Carvalho et al. (2014) realizaram uma investigação em um hospital privado no município de São Paulo, com o objetivo de analisar os procedimentos realizados pela equipe de enfermagem durante a recepção do paciente no centro cirúrgico. O estudo revelou que 7,69% das admissões são realizadas pelos enfermeiros um índice relativamente baixo, o que pode ser justificado devido a demanda de atividades administrativas, desviando o enfermeiro de suas funções. Observou-se com o estudo a descontinuidade da SAEP, revelada pelo número insuficiente de enfermeiros no centro cirúrgico. O estudo, contudo, revela que existem desafios para implementação da SAEP no gerenciamento do cuidado, e que para colocar em prática os enfermeiros precisam aprimorar seus conhecimentos perante essa implementação.

Já Sena, Nascimento e Maia (2013) realizaram uma investigação em um hospital público de Santa Catarina, com os enfermeiros, para analisar os cuidados dos enfermeiros a pacientes no cotidiano da prática profissional no período pré-operatório. Pode-se com o estudo evidenciar o conhecimento dos enfermeiros acerca dos cuidados prestados e a sua importância para a rotina da instituição, porém percebeu-se que cuidados importantes são negligenciados, como por exemplo: avaliar a ansiedade, investigar a história prévia cirúrgica, identificar alergias, orientar preparo intestinal, incluir a família nas orientações. Notou-se com o estudo a importância da elaboração de um instrumento de intervenções de enfermagem que facilite o gerenciamento do cuidado no período perioperatório.

Corroborando os estudos acima, Botelho, Veloso e Favero, (2013) realizaram estudos em um hospital de ensino na cidade de Curitiba, com profissionais de enfermagem, no intuito de descrever o conhecimento da equipe de enfermagem de um centro cirúrgico sobre a SAE. O estudo revelou que os enfermeiros demonstraram reconhecer a SAE como importante processo na assistência ao paciente no centro cirúrgico. E que em algum momento de sua trajetória profissional ou acadêmica, estudaram ou leram sobre a SAE, porém encontraram dificuldades no entendimento de suas fases e aplicações. O déficit de recursos materiais e humanos é descrito como a

principal barreira para efetivação da SAE no gerenciamento do cuidado. Essas dificuldades encontradas induzem os profissionais a acharem que a SAE não é prioridade tornando-se um desafio para implementação.

Os estudos de Adamy e Tosatti (2012) trazem os resultados de uma investigação em um hospital privado no oeste de Santa Catarina, com os profissionais de enfermagem, com o objetivo de analisar a percepção da equipe de enfermagem sobre a SAE no período perioperatório. A pesquisa destacou a relevância de um sistema informatizado adequado, que facilite a implementação da SAE e a otimização do tempo despendido. Revelou que o instrumento é de fundamental para que o enfermeiro possa gerenciar e otimizar o cuidado de enfermagem de forma organizada, segura, dinâmica e competente, entretanto destaca ainda que a SAE não é uma tarefa fácil para o enfermeiro e para equipe de enfermagem. A falta de planejamento para implantação, execução e a falta de conhecimento sobre o que é SAE ainda é um desafio para o gerenciamento do cuidado.

Amorim et al. (2014) ao realizaram uma pesquisa em um hospital da Zona da Mata Mineira, com os enfermeiros e pacientes, para compreender os significados do relacionamento interpessoal terapêutico a partir da adoção da teoria do cuidado transpessoal entre enfermeiro e paciente, na visita pré-operatória de enfermagem após a vivência do processo cirúrgico. A pesquisa demonstrou que com a instrumentalização da SAEP, o enfermeiro obteve maior satisfação laboral, pois o instrumento possibilita a visualização do cuidado prestado por toda a equipe de enfermagem, conferindo autonomia, e visibilidade ao gerenciamento do cuidado. O estudo destaca, contudo, a fragilidade na aplicação da SAEP, na percepção dos enfermeiros ao apontar a SAE como um instrumento teórico distanciado da prática. Como também, a falta de conhecimento dos modelos conceituais e teóricos, número reduzido de recursos humanos e materiais, além da intensa demanda de atividades administrativas e assistenciais, ainda fazem da SAEP um desafio para o gerenciamento do cuidado.

Nesse sentido, percebe-se na diversidade de informações que emergiram com a discussão dos dados, que a SAEP confirmou ser uma importante ferramenta para o gerenciamento

do cuidado, conduzindo o processo à integralidade da assistência com melhor desempenho assistencial.

Limites do estudo: O fato de ser realizado em uma instituição pode ser um fator que limite a generalização tendo em vista que cada realidade tem sua peculiaridade.

Contribuições para a enfermagem: A implantação da SAEP proporciona para a enfermagem um cuidado individualizado, humanizado e padronizado. Faz despertar nos profissionais o compromisso de realizar um cuidado efetivo e eficiente, sempre buscando aprimoramento científico e tecnológico ressaltando assim, mudanças no cenário onde estão inseridos.

CONCLUSÃO

Foi possível constatar neste estudo o compromisso e o envolvimento dos participantes com sua prática, porém observamos que seus conhecimentos acerca da SAEP ainda são insuficientes, entretanto, a pesquisa permitiu um momento de reflexão sobre o contexto em que estão inseridos, propondo respostas e soluções, visando transformar a realidade do cotidiano, em direção à melhoria da qualidade científica, tecnológica e humana, no decorrer do período perioperatório.

Apontam pontos a serem melhorados: carga horária insuficiente, déficit de recursos humanos, falta de atualização de normas e rotinas e um sistema informatizado de registro padrão. Algumas potencialidades como: proporcionar um cuidado individualizado, planejado, padronizado, organiza as rotinas diárias e permite que os registros sejam uniformes.

Observa-se, portanto, ainda existem lacunas sobre essa temática que necessitam de aprofundamento científico para assim podermos aprimorar a prática profissional.

Assim, são necessárias discussões em que se busque despertar, estimular e apoiar a implantação da SAEP, por meio do empoderamento profissional acerca desta temática, com uma mudança de postura entre os profissionais de saúde, formação de grupos de estudos, fornecendo ambientes propícios para o estudo, aproximando a prática assistencial do saber científico em

busca de ofertar um cuidado humanizado, com qualidade e excelência.

REFERÊNCIAS

ADAMY, Edilamar Katia; TOSSATTI, Maiara. Sistematização da assistência de enfermagem no período perioperatório: visão da equipe de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 2, n. 2, p.300-310, ago. 2012.

AMORIM, Thais Vasconcelos et al. Cuidado sistematizado em pré-operatório cardíaco: teoria do cuidado transpessoal na perspectiva de enfermeiros e usuários. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 4, n. 67, p.563-574, ago. 2014.

ANDRADE, Yara Nayá Lopes et al. Conhecimento de acadêmicos de enfermagem sobre o ensino/aprendizagem da Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 5, n. 17, p.602-609, set. 2016.

BARBOSA, Antônio Pires et al. Organização de processos na melhoria da qualidade de registros assistenciais de enfermagem. **Revista Raunp**, Natal, v. 7, n. 2, p.121-130, jun. 2015.

BOTELHO, Jeniffer; VELOSO, Giovanna Batista Leite; FAVERO, Luciane. Sistematização da assistência de enfermagem: o conhecimento da equipe de enfermagem de um centro cirúrgico. **Enfermagem Foco**, Brasília, v. 3, n. 4, p.198-201, nov. 2014.

CARVALHO, Fabiana de Souza; BARCELOS, Karine Luciano. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: vivências e desafios de enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva adulto. **Revista Brasileira de Ciências da Vida**, Minas Gerais, v. 5, n. 2, p.1-25, abr. 2017.

CARVALHO, Líndia Kalliana da Costa Araújo Alves et al. Análise dos procedimentos realizados pela equipe de enfermagem na recepção dos pacientes no centro cirúrgico. **Revista Interdisciplinar**, Teresina, v. 7, n. 4, p.30-38, dez. 2014.

CARVALHO, Emília Campos de; OLIVEIRA-KUMAKURA, Ana Railka de Souza; MORAIS, Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos. Raciocínio clínico em enfermagem: estratégias de ensino e instrumentos de avaliação. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 3, p.690-696, maio 2017.

CASTRO, Danielly Alves; CAIXETA, Josane Alves. Sistematização da assistência de enfermagem: a importância do processo de implantação nos hospitais do Brasil. In: CIEGESI - conferência internacional de estratégia em gestão, educação e sistemas de informação, 1., 2012, Goiania. **ANAIS ELETRÔNICOS DA I CIEGESI / I ENCONTRO CIENTÍFICO DO PNAP/UEG**. Goiania: Egesi, 2012. p. 707 - 717.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (CNE). Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES 3/2001**. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de Novembro de 2001. Seção 1, p. 37.

DUALIBE, Felipe Tavares et al. Intervenções de enfermagem na recuperação pós-anestésica de pacientes cirúrgicos. **Revista de Enfermagem da UFPI**, Teresina, v. 1, n. 3, p.107-112, mar. 2014.

GUIDO, Laura de Azevedo et al. Cuidado de enfermagem perioperatório: revisão integrativa de literatura. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 4, p.1601-1609, dez. 2014.

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

LEMOS, Cassiane de Santana; SURIANO, Maria Lucia Fernandez. Desenvolvimento de um instrumento: Metodologia de ensino para aprimoramento da prática perioperatória. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 18, n. 4, p.57-69, dez. 2013

PENEDO, Rafaela Mossarelli; SPIRI, Wilza Carla. Significado da Sistematização da Assistência de Enfermagem para enfermeiros gerentes. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 1, n. 27, p.86-92, jan. 2014.

SENA, Adnairdes Cabral de; NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira do; MAIA, Ana Rosete Camargo Rodrigues. Prática do enfermeiro no cuidado ao paciente no pré-operatório imediato de cirurgia eletiva. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 3, p.133-137, set. 2013.

SILVA, Elisama Gomes Correia et al. O conhecimento do enfermeiro sobre a Sistematização da Assistência de enfermagem: da teoria à prática. **Revista Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 6, n. 45, p.1380-1386, 11 abr. 2011.

SILVA, Josilaine Porfírio da; GARANHANI, Mara Lucia; PERES, Aida Maris. Sistematização da Assistência de Enfermagem na graduação: um olhar sob o Pensamento Complexo. **Revista Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 1, n. 23, p.59-66, jan. 2015.

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia; SILVA, Denise Maria Guerreiro V. **Pesquisa Convergente Assistencial: Delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde**. 3. ed. Florianópolis: Moriá, 2014.

5.2 PRODUTO DESENVOLVIDO - INSTRUMENTO DE REGISTRO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: PARA O APRIMORAMENTO DA PRÁTICA PERIOPERATÓRIA EM PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA CARDIOVASCULAR

Este estudo demandou a elaboração de um instrumento de registro de Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória destinada aos profissionais de enfermagem com objetivo de elucidar e equiparar o conhecimento dos profissionais de enfermagem acerca da SAEP. É uma nova metodologia de trabalho que favorece o desempenho dos profissionais de enfermagem, promovendo a qualidade dos serviços de saúde por meio da sistematização. Esse instrumento é uma estratégia que reflete o resultado de um processo construído coletivamente pela equipe de enfermagem através de grupos de discussão.

A enfermagem perioperatória tem como objetivo a assistência ao paciente cirúrgico e sua família, ou seja, desenvolver o cuidado de enfermagem nos períodos pré-operatório, transoperatório e pós-operatório. Essa assistência deve ser realizada no sentido de minimizar os riscos e as complicações relacionadas ao procedimento anestésico-cirúrgico e a hospitalização. Nesse sentido, a prática profissional exige avaliação rigorosa e contínua das alterações e necessidades apresentadas pelo paciente para implementação das intervenções adequadas. (GUIDO et al., 2014).

Acredita-se que a utilização da SAEP no processo de trabalho oferece benefícios tanto para o paciente e sua família, como para os profissionais de enfermagem, para sua profissão e as instituições de saúde, que podem usá-la como método para avaliação da qualidade de seus serviços (LUCIA; BARROS, 2016).

O processo de elaboração do instrumento foi composto por 3 etapas:

Primeira Etapa: Instrumentalização dos profissionais sobre a SAEP

A partir da identificação do nível de conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre as etapas da SAEP pode-se

realizar por meio do grupo de discussão uma reflexão sobre a SAEP como tecnologia de enfermagem, explorando seu conceito, seus objetivos, suas fases e como se desenvolve no período perioperatório.

A identificação do nível de conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre as etapas da SAEP é fundamental para o aprimoramento desta metodologia de trabalho, visto que a estruturação de um modelo de instrumento de registro da SAEP demonstra a intenção de aumentar a qualidade da assistência prestada ao paciente cirúrgico e enriquecer a prática dos enfermeiros, elevando o desempenho profissional neste processo (SILVA et al., 2011).

Segunda etapa: Construção do Instrumento

Os profissionais se dividiram em grupo para cada fase do período perioperatório, criando assim um esboço da construção da SAEP utilizando o referencial teórico das necessidades humanas básicas e taxonomia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem- CIPE que a instituição utiliza. Após a construção do esboço da SAEP o grande grupo reuniu-se novamente onde discutiram o esboço montado para cada fase, dando opiniões e sugestões dos pontos mais relevantes de cada etapa. Para a confecção do instrumento foram utilizados artigos, livros, manuais para garantir a fundamentação teórico-científica.

A construção de um instrumento de registro SAEP deve representar, de alguma forma, a cultura da instituição em que ele será inserido revelando a filosofia de trabalho utilizada e a crenças dos profissionais com relação ao cuidado dos pacientes. É um processo dinâmico, sendo necessária avaliação constante daquele que se encontra em uso, adequando-o às mudanças a partir das características dos pacientes, as particularidades e às necessidades dos profissionais de enfermagem e as mudanças no método de trabalho adotados pela instituição (LUCIA; BARROS, 2016).

Terceira etapa: Formatação do Instrumento de Registro SAEP

Nesta etapa foi realizada a organização estrutural e de

formatação do material com apoio de um designer gráfico para deixar o instrumento de registro da SAEP passível de impressão.

Acredita-se na efetividade dos registros de enfermagem como instrumento que organiza o cuidado, inclusive na documentação de todas as etapas da SAEP, mas, para tanto, é necessário primeiramente que os profissionais de enfermagem compartilhem essa afirmativa, para torná-la concreta na prática assistencial (PIMPÃO et al., 2010).

Assim, essa tecnologia como forma de qualificar e aperfeiçoar a qualidade do cuidado de enfermagem vem contribuir com a assistência, pois a aplicação de um instrumento de registro científico assegura ao profissional a qualificação e a qualidade do gerenciamento do cuidado e o planejamento de suas atividades, além de servir como guia para suas ações. Nesse sentido a aplicação da SAEP permite uma assistência individualizada e maior visibilidade de suas ações (CARVALHO; BARCELOS, 2017).

Operacionalização da SAEP:

A execução da SAEP ocorre nas três fases do processo cirúrgico: pré-operatório, transoperatório e pós-operatório, descritas a seguir:

No período pré-operatório o enfermeiro efetua a visita pré-operatória na qual irá preparar o paciente para o ato cirúrgico, realizando o histórico do paciente, identificando dados clínicos e cirúrgicos importantes para a assistência, identificando suas necessidades para formulação dos diagnósticos de enfermagem, plano de cuidados, intervenções e evolução de enfermagem (SILVA; PATRICIA, 2015; SOBBEC, 2013).

As informações coletadas devem indicar o tipo de cirurgia; a existência de processo anestésico-cirúrgico anterior; o estado nutricional; os riscos no intraoperatório e as possíveis complicações no pós-operatório imediato; a pesquisa sobre a existência de doenças associadas, de alergias, de medicamentos, de fumo, de álcool, de drogas; a avaliação dos exames de imagem, de laboratório e do eletrocardiograma (LEMO; SURIANO, 2013).

O período transoperatório inicia-se com a chegada do paciente e o acolhimento pelo enfermeiro, o qual deve confirmar:

nome, idade, alergias, preparos, a assinatura do termo de consentimento do procedimento; as condições clínicas do paciente; a presença do prontuário com os exames laboratoriais e de imagem; a realização do preparo pré-operatório; o exame físico simplificado e a mensuração dos sinais vitais (AMANTE; SENA; RUMOR, 2016).

No decorrer desta fase tem-se o intraoperatório, que se inicia com o procedimento anestésico-cirúrgico propriamente dito e se estende até a reversão da anestesia (AMANTE; SENA; RUMOR, 2016). Nesta fase, o enfermeiro realiza a monitorização a degermação do campo operatório; o balanço hídrico; a verificação de utilização de implantes ou próteses; a passagem de cateteres, de sondas, de drenos; a realização de curativos; a prevenção de intercorrências com o uso de dispositivos e a manutenção da segurança do paciente, efetuando registro de intercorrências e alterações hemodinâmicas. Com o término da cirurgia, o enfermeiro registra a evolução de enfermagem, incluindo os cuidados prestados durante o processo cirúrgico e realiza a passagem de plantão das condições clínicas do paciente para a UTI. (LEMOS; SURIANO, 2013).

Destaca-se que os pacientes que realizam cirurgias de grande porte, como as cardiovasculares, são encaminhados diretamente da sala de operação para unidade de terapia intensiva (UTI) e permanecem nesta unidade durante toda a fase pós-operatória imediata (POI). Na maioria das vezes são levados sob efeito de sedação e utilizando ventilação mecânica (SOBECC, 2013).

O período pós-operatório imediato inicia a partir do término do procedimento cirúrgico até completar as primeiras 24 horas e o enfermeiro aplicando a SAEP poderá verificar os resultados dos cuidados prestados nas fases anteriores, para evolução do paciente (SOBECC, 2013).

O período pós-operatório mediato começa com o término das primeiras 24 horas e prossegue enquanto o paciente estiver em observação pela equipe de enfermagem e médica. Nesta fase avalia-se o estado clínico do paciente, identificando os diagnósticos de enfermagem, traçando e elaborando planos de cuidados e efetuando intervenções de enfermagem (SILVA; PATRICIA, 2015).

Com o decorrer do processo cirúrgico a SAEP tem como finalidade avaliar o sucesso e os insucessos ocorridos durante os cuidados de enfermagem prestados nos períodos pré-operatório, transoperatório e pós-operatório e proporciona ao enfermeiro o acompanhamento das condições clínicas do paciente e a assistência individual para a melhoria da qualidade da assistência (LASAPONARI; BRONZATTI, 2009).

Para isto, os enfermeiros necessitam desenvolver competências e habilidades técnicas específicas nesta área adquiridas com a prática e o aprofundamento científico desta temática.

A seguir apresenta-se o instrumento de registro da SAEP na íntegra:



VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM- SAEF

1. IDENTIFICAÇÃO:

Data: __/__/__ Hora: ____.

Nome: _____ Idade: _____ Data De Nasc.: __/__/_____.

Sexo: () F () M Quarto: _____ Leito: _____ Unidade de internação: _____.

Diagnóstico: _____.

Cirurgia Proposta: _____ Reserva de Sangue: () Sim () Não.

Acompanhante: () Sim () Não.

2. ANTECEDENTES:

() Diabetes () HAS () Dislipidemia () Doenças Infecto-contagiosas

() Outros _____.

Medicamentos em uso: _____.

Tabagismo: () Sim () Não **Alergias** () Não () Sim Especificar _____.

Procedimentos Recentes: _____ Data: __/__/__.

Cirurgias Recentes: _____ Data: __/__/__.

Exames Recentes:- _____ Data: __/__/__.

Visita Pré-anestésica: () Sim () Não.

Percepções e expectativas quanto ao tratamento:

3. NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

Regulação Neurológica:

() Lúcido () Consciente () Torporoso () Desorientado () Comatoso.

Dor () sim (local e tipo _____) () não.

Percepção Visual e auditiva:

Acuidade visual e auditiva preservada () sim () não especificar _____.

Sono e Repouso:

Alterações no padrão do sono () sim () não

Oxigenação:

Fr: ____rpm, () Eupneico () Dispneico () Taquipneico () Ortopneico () superficial () profunda () ruidosa

Presença de tosse, secreção, ou asma brônquica () não () sim especificar _____.

Regulação Vascular:

Fc: ____bpm, PA: ____mmhg.

Oximetria: ____%

Nutrição

Peso ____kg, jejum () sim () não Presença de prótese dentária: () sim () não

Condições de saúde bucal: especificar _____.



VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM- SAEP

Eliminações:

Eliminações urinárias: () Espontânea () por SVD

Eliminações intestinais: () sim () não especificar _____.

Regulação Térmica/ Integridade cutânea-mucosa:

T_____°C, Integridade cutânea () sim () não especificar _____.

Locomoção/Mecânica corporal:

Deambulação () preservada () prejudicada especificar _____.

Procedimentos invasivos:

Acesso venoso periférico ou central: () sim () não data ___/___/___

Sondas: () sim () não data ___/___/___

Tricotomia: () sim () não hora: _____.

4. NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS E PSICOESPIRITUAIS

Segurança:

Sentimentos do paciente: () calmo () apatia () ansiedade () medo () agitação () isolamento.

Atenção:

Acompanhante: () sim () Não

Aprendizagem:

Participou do grupo de orientação pré-operatória Sim () Não ()

Religião: _____.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

- Ansiedade
- Medo
- Falta de conhecimento sobre o regime terapêutico
- Sono prejudicado
- Risco de lesão
- Risco de queda
- Risco de infecção
- Risco de constipação
- Risco de integridade da pele prejudicada
- Ingesta nutricional prejudicada
- Dentição prejudicada
- Respiração prejudicada
- Intolerância a atividade
- Outros _____



VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM- SAEF

PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM

- Realizar encaminhamento para o serviço de psicologia.
- Monitorar o estado emocional do indivíduo
- Esclarecer dúvidas do paciente em relação ao tratamento durante seu período de internação hospitalar.
- Auxiliar o paciente no controle do sono diurno.
- Monitorar o padrão do sono e quantidade de horas dormidas.
- Proporcionar um ambiente calmo e agradável.
- Observar e registrar a presença de fatores de risco preexistentes que aumentam a vulnerabilidade pós-operatório
- Orientar paciente quanto ao risco de queda
- Identificar leito com risco de queda.
- Manter cama com freios acionados.
- Realizar lavagem das mãos antes de realizar procedimentos.
- Higienizar as mãos entre os procedimentos com álcool gel 70%.
- Orientar ao paciente ingestão rica em fibras e água se não houver restrições de líquidos
- Orientar paciente para deambular se não houver restrições.
- Avaliar presença de sinais flogísticos (dor, calor, rubor, edema) em incisões cirúrgicas e em locais de inserção de sondas, drenos e cateteres
- Explicar ao paciente a importância da alimentação regrada sendo parte do tratamento
- Discutir com equipe médica a necessidade de avaliação odontológica
- Monitorar oximetria de pulso se necessário
- Administrar oxigênio prescrito se necessário
- Orientar repouso no leito
- Outros _____

Enfermeiro



ADMISSÃO CENTRO CIRÚRGICO- SAEP

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____

Cirurgia Proposta: _____

Cirurgião/ Equipe: _____

Tipo Sanguíneo: _____.

Reserva De Sangue: () Sim () Não.

Exames pré-operatórios: _____

2. CONDIÇÕES DE CHEGADA:

Horário de entrada: _____; _____

Sinais vitais de chegada:

FC: _____ FR: _____ T: _____ PA: _____ SAT O2: _____.

Observações _____

3. CONDIÇÕES DA PELE:

4. PROCEDIMENTOS INVASIVOS:

TOT: n____. SVD: n____. Drenos: () Sim () Não Local: _____.

Punções venosas periféricas, central e arterial

Especificar: _____

5. INFUSÕES NO TRANSOPERATÓRIO:

Hemoderivados: _____

Drogas Vasoativas: _____

Outros: _____

Reações Adversas: _____

Profilaxia antimicrobiana: Horário: _____; _____

HGT: _____, Sinais vitais término: PAM _____, FC _____, FR _____, T _____, SAT _____%

Tempo de Cirurgia: _____

Horário de Término: _____; _____

Tempo de CEC _____

Tempo de CLAMP: _____

6. INTERCORRÊNCIAS NO TRANSOPERATÓRIO:

Enfermeiro



ADMISSÃO PÓS-OPERATÓRIO UCO- SAEP

1. IDENTIFICAÇÃO

Horário de admissão Pós-op: _____.

Nome: _____, Leito: _____.

Cirurgia Realizada: _____.

2. NECESSIDADES PSICBIOLÓGICAS

Regulação Neurológica:

() Sob efeito de Analgesia () Lúcido () Orientado () Comunicativo () Desorientado
() Confuso () Torporoso () Agitado

Sedações:

() Fentanil () Midazolam () Propofol () Outros _____

Oxigenação:

TOT N°: _____ CUFF: _____ PC: _____ PEEP: _____ FIO2: _____ FR: _____ SAT: _____

() Bem adaptado a VM () Assíncrono () Evoluindo para desmame da VM
() Em uso se cateter nasal à _____ L/min () Em uso de macronebulização à _____ L/min
() Respirando ar ambiente

Ausculta Pulmonar:

() Murmúrios Vesiculares Presentes () Murmúrios Vesiculares Diminuídos
() Roncos () Estertores () Sibilos () Obs. _____

Regulação Vascular / Térmica:

PAM: _____ FC: _____ T: _____ Drenos: () M () TD () TE () Ativo () Hipoativo

Ritmo: () Sinusal () Taquicardia () Bradicardia () Arritmico _____

() Marcapasso: () Definitivo () Provisório - Demanda () Comando FC: _____ bpm

Nutrição:

() Aceitando a dieta oferecida _____ () SNE () SNG () NPO () NPT

ABDOMEN:

() Indolor () Plano () Globoso () Escavado () Flácido () Resistente
() Ruídos hidroaéreos presentes () Ausência ruídos hidroaéreos () Presença de dor
() Incisão Cirúrgica () Colostomia

Eliminações:

Urinária: () SVD () SVA () Micção Espontânea

Volume Urinário: _____ Características: _____

() Bom débito urinário () Baixo débito urinário () Com estímulo de medicação
() Sem estímulo de medicação

Intestinal: evacuações Líquidas () Pastosas () Quantidade: _____.



ADMISSÃO PÓS-OPERATÓRIO UCO- SAEP

Integridade cutânea-mucosa:

() Sem Alterações () Anasarca () Cianose () Icterícia () Descorado () Corado

MUCOSA ORAL:

() Úmida () Ressecada

Turgor da Pele:

() Elástico () Diminuído () Hidratado

() Lesões de pele Obs: _____

() Lesão por pressão Obs: _____

() Reações alérgicas Obs: _____

3. FLUIDOTERAPIA: () SF 0,9% () SG 5% () NORA () TRIDIL () NITRO () OUTROS:

Acessos: () PAM () Radial D () Radial E () JID () JIE () SUB D () SUB E

() Tripló Lumen () Duplo Lumen () SWAN-GANZ

Obs: _____

PERIFÉRICO () MSD () MSE

Obs: _____

4. EXAMES DE LABORATÓRIO: HT: _____ HB: _____ Plaquetas _____ NA: _____ K: _____

Ureia: _____ Creatinina: _____ Gase: _____

HGT () Compensado () Descompensado () Bomba de Insulina

Avaliação da dor: () Sim () Não Obs: _____

Escala de Braden: () Risco Baixo () Moderado () Alto

Escala de Morse: () Risco Baixo () Moderado () Alto

EXTUBAÇÃO: Hora: _____ Data: __/__/__

5. NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

Segurança:

Sentimentos do paciente: () calmo () apatia () ansiedade () medo () agitação () isolamento.

Atenção:

Recebe visitas sim () Não ()

6. INTERCORRÊNCIAS:



ADMISSÃO PÓS-OPERATÓRIO UCO- SAEP

8. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

- Ansiedade
- Percepção sensorial diminuída
- Dor aguda
- Débito cardíaco diminuído
- Integridade da pele prejudicada
- Náuseas
- Ingestão de alimentos insuficiente
- Respiração prejudicada
- Perfusão tissular periférica prejudicada
- Troca de gases prejudicada
- Mobilidade no leito prejudicada
- Hiper ou Hipoglicemia
- Risco de infecção
- Risco de desequilíbrio de eletrólitos
- Risco de sangramento
- Risco de ulcera por pressão

Outros _____

9. PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM

- Proporcionar um ambiente calmo e agradável.
- Esclarecer dúvidas do paciente em relação ao tratamento e o tempo de permanência na UTI
- Intensificar atenção ao paciente em desmame de sedativo
- Observar as circunstâncias físicas (dor/desconforto).
- Realizar analgesia adequada conforme prescrição médica
- Monitorar FC, PAM, PVC
- Realizar curativo cirúrgico com SF 0,9% após completar 48 horas de POI de RM e Válvula
- Avaliar presença de sinais flogísticos (dor, calor, rubor, edema) em incisões cirúrgicas e em locais de inserção de sondas, drenos e cateteres
- Administrar anti-emético conforme prescrição médica
- Incentivar alimentação via oral, observando capacidade de deglutir e tosse, comunicar o enfermeiro e/ou fonoaudiólogo.
- Auxiliar na dieta via oral ofertada prescrita, quando paciente estiver responsivo
- Estimular paciente a respirar profundamente
- Estimular o uso de travesseiro para imobilizar a incisão da esternotomia mediana
- Observar presença de tosse com ou sem expectoração.
- Avaliar saturação de O₂
- Usar colchão pneumático/piramidal
- Realizar reposicionamento a cada 3 horas, utilizando coxins pequenos.
- Manter calcâneos elevados, através de almofadas de forma que seu peso seja distribuído ao longo de sua parte posterior, mantendo uma ligeira flexão no joelho.
- Comunicar e registrar sinais de desconforto respiratório (agitação, bradipneia ou taquipnéia, dispnéia, uso de musculatura acessória).
- Monitorar os efeitos das mudanças dos parâmetros ventilatórios (Sat O₂).
- Monitorar gasometria arterial
- Estimular paciente a sentar em poltrona com auxílio.
- Estimular paciente a realizar mobilização ativa no leito.
- Realizar controle glicêmico conforme protocolo
- Atentar para horários de antibióticos.
- Realizar lavagem das mãos antes de realizar procedimentos.
- Higienizar as mãos entre os procedimentos com álcool gel 70%.
- Realizar balanço hidroeletrólitos rigoroso.
- Controlar e desprezar fluxo urinário de hora em hora, observar volume e coloração da urina
- Monitorar exames de laboratório eletrólitos
- Ordenhar drenos na presença de coágulos e sempre que necessário.
- Observar e comunicar ao enfermeiro aumento no débito dos drenos acima de 100ml a cada horário.
- Observar e manter cuidados com áreas de pressão; hidratar a pele, quando necessário

Outros _____

Enfermeiro

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sistematização da assistência de enfermagem é um instrumento científico que auxilia o profissional de enfermagem no planejamento de suas ações garantindo assim a padronização dos cuidados. Proporciona menor risco e maior qualidade da assistência, tendo em vista que os pacientes cirúrgicos são muitas vezes vistos como pacientes críticos e com características específicas.

A SAEP por meio de um PE específico para os pacientes submetidos a cirurgias cardiovasculares torna-se relevante para a prática, pois subsidia as reais necessidades do paciente e sua família; individualiza, organiza e registra o planejamento da assistência. Para isto, os profissionais de enfermagem precisam estar atualizados sobre a assistência ao paciente cirúrgico e uma aprendizagem permanente sobre a temática.

Analisando o objetivo inicial do estudo, construir coletivamente a sistematização da assistência de enfermagem perioperatória a pacientes submetidos a cirurgias cardiovasculares em um hospital público de Santa Catarina, pode-se dizer que este foi alcançado.

Evidencia-se que este processo de construção coletiva propiciou aos profissionais de enfermagem uma oportunidade para repensar a prática do cuidado, associando as suas vivências ao conhecimento teórico, científico e às novas tecnologias para o cuidado. À medida que a construção do instrumento para SAEP ganhava forma, pontuando cada detalhe a ser composto desde a visita pré-operatória de enfermagem até os diagnósticos prioritários e suas prescrições de enfermagem. Os participantes animaram-se pela perspectiva de seu uso diante da necessidade da prática.

A SAEP organizou as etapas do período perioperatório, tornando-se um importante instrumento para o registro das ações de enfermagem no ambiente cirúrgico. Assim sendo, através deste será possível sistematizar o cuidado, possibilitando padronização dos registros e dos cuidados de enfermagem, evitando riscos e erros. Considera-se que este estudo foi um processo educativo coletivo efetivo, pois todos os participantes compartilharam conhecimentos e experiências, por meio das entrevistas e das discussões em grupos. Neste sentido,

promoveu-se uma reflexão crítica da realidade, assegurada pela estruturação coletiva da SAEP, repercutindo na transformação de suas práticas diárias.

O referencial teórico escolhido, o das Necessidades humanas básicas, justificou o estudo e mostrou-se apropriado na medida em que conduziu a estruturação da SAEP em cada período perioperatório. A organização sequencial associada à ordenação das Necessidades humanas básicas possibilitou aos profissionais o entendimento da importância da aplicação do instrumento em cada etapa do período perioperatório, facilitando o aprendizado e a aquisição de novos conhecimentos.

Sendo assim, a escolha do referencial teórico e metodológico utilizando a PCA foi primordial para guiar o estudo, bem como outros aspectos que auxiliaram o desenvolvimento do estudo, tais como: a realização do estudo no local de trabalho dos participantes; o número adequado de participantes nas entrevistas e as discussões em grupos para a execução das atividades propostas; o comprometimento e a motivação do grupo; além do bom relacionamento dos participantes, o que possibilitou uma melhor compreensão de como estruturar a sistematização da assistência de enfermagem perioperatória aos pacientes submetidos a cirurgias cardiovasculares do ICSC.

Os resultados deste estudo geraram um manuscrito. Sendo que a análise deste artigo contemplou três categorias: Conhecimento dos profissionais de enfermagem acerca da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória; Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória como desafio do enfermeiro no gerenciamento do cuidado e Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória uma ferramenta para qualidade do cuidado. Essas categorias sinalizaram o déficit de conhecimento dos profissionais acerca da SAEP. Revelaram alguns pontos vulneráveis como: a carga horária insuficiente, carência de recursos humanos, falta de atualização de normas e rotinas e sistema de informação inadequado. Porém apontaram que SAEP proporciona um cuidado individualizado e padronizado organizando as rotinas diárias da enfermagem.

Os dados das discussões em grupos juntamente com as entrevistas, convergiram para a elaboração do produto desta pesquisa o instrumento SAEP. Esse é composto por dados que

norteiam o profissional no registro do exame físico e na escolha dos diagnósticos e prescrições de enfermagem. Faz com que o desenvolvimento do processo de enfermagem no período pré, trans e pós-operatório seja prático e completo.

Este estudo, além de ter colaborado com uma proposta para a estruturação da sistematização da assistência de enfermagem perioperatória, poderá servir como um exemplo para novos projetos e para a utilização de novas tecnologias no cotidiano da prática de enfermagem.

A fragilidade de cada setor em não ter um instrumento de registro de enfermagem no âmbito cirúrgico que oriente a prática implica numa subjetividade de registros e diagnósticos de enfermagem, o que gera a falta de uma aplicabilidade mais consensual dos profissionais de enfermagem em relação ao cuidado com o paciente cirúrgico. São necessárias novas pesquisas neste campo de conhecimento, principalmente para adequar e avaliar a eficácia e segurança no cuidado a estes pacientes.

Espera-se também que a experiência vivenciada pelos profissionais de enfermagem represente um impulso para a realização de novos estudos no sentido de repensar, modificar, aprimorar e instrumentalizar a enfermagem em relação ao cuidado ao paciente cirúrgico.

Com este estudo pude aprimorar meus conhecimentos, crescer profissionalmente, além de transformar minha prática profissional, pois com o fruto deste estudo, o instrumento SAEP, poderei desenvolver o processo de enfermagem com praticidade e embasamento teórico, trazendo assim, segurança nas ações de enfermagem desenvolvidas e uniformidade no atendimento.

REFERÊNCIAS

ADAMY, Edilamar Katia; TOSSATTI, Maiara. Sistematização da assistência de enfermagem no período perioperatório: visão da equipe de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 2, n. 2, p.300-310, ago. 2012.

AMANTE, Lucia Nazareth; ROSSETO, Annelise Paula; SCHNEIDER, Dulcineia Ghizoni. Sistematização da Assistência de Enfermagem em unidade de terapia intensiva sustentada pela teoria de Wanda Horta. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 1, n. 43, p.54-64, ago. 2009.

AMANTE, Lucia Nazareth; SENA, Adnairdes Cabral de; RUMOR, Pamela Camila Fernandes. Cuidados de Enfermagem nos períodos pré-operatório e pós-operatório: Aspectos gerais. In: AMANTE, Lucia Nazareth et al. **Cuidado de Enfermagem no período perioperatório: Intervenções para prática**. Curitiba: CRV, 2016. Cap. 4. p. 45-60.

AMORIM, Thais Vasconcelos et al. Cuidado sistematizado em pré-operatório cardíaco: teoria do cuidado transpessoal na perspectiva de enfermeiros e usuários. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 4, n. 67, p.563-574, ago. 2014.

ANDRADE, Yara Nayá Lopes et al. Conhecimento de acadêmicos de enfermagem sobre o ensino aprendizagem da Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 5, n. 17, p.602-609, set. 2016.

ASCARI, Rosana Amora. Reflexão sobre o cuidado dispensado ao paciente cirúrgico no perioperatório. **Revista Uningá**, Maringá, v. 19, n. 2, p.33-36, set. 2014.

Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC). **Práticas Recomendadas SOBECC**. 6. ed. São Paulo: Manole, 2013. 369 p.

AUN, Ricardo; SILVA, Erasmo Simão da; ESTENSSORO, André

Echaime Vallentsits. Aneurismas arteriais. In: RODRIGUES, Joaquim José Gama; MACHADO, Marcel Cerqueira César; RASSLAN, Samir. **Clinica Cirúrgica**. São Paulo: Manole, 2008. Cap. 99. p. 1433-1489.

BARBOSA, Antônio Pires et al. Organização de processos na melhoria da qualidade de registros assistenciais de enfermagem. **Revista RAUNP**, Natal, v. 7, n. 2, p.121-130, jun. 2015.

BOTELHO, Jeniffer; VELOSO, Giovanna Batista Leite; FAVERO, Luciane. Sistematização da assistência de enfermagem: o conhecimento da equipe de enfermagem de um centro cirúrgico. **Enfermagem Foco**, Brasília, v. 3, n. 4, p.198-201, nov. 2014.

BRAILE, Domingo Marcolino; GODOY, Moacir Fernandes de. História da cirurgia cardíaca no mundo. **Revista Brasileira Cirurgia Cardiovascular**, São Paulo, v. 27, n. 1, p.125-134, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. **Resolução CNS nº 466/12**. Brasil, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissões/conep/index.html>. Acesso em: 26 jun. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/396770/Pol%C3%A9tica+Nacional+de+Educa%C3%A7%C3%A3o+Permanente+em+Sa%C3%BAde/c92db117-e170-45e7-99848a7cdb111faa>>. Acesso em: 30 out. 2016.

CARVALHO, Fabiana de Souza; BARCELOS, Karine Luciano. Sistematização da Assistência de Enfermagem: vivências e desafios de enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva adulto. **Revista Brasileira de Ciências da Vida**, Minas Gerais, v. 5, n. 2, p.1-25, abr. 2017.

CARVALHO, Líndia Kalliana da Costa Araújo Alves et al. Análise dos procedimentos realizados pela equipe de enfermagem na recepção dos pacientes no centro cirúrgico. **Revista Interdisciplinar**, Teresina, v. 7, n. 4, p.30-38, dez. 2014.

CARVALHO, Emília Campos de; OLIVEIRA-KUMAKURA, Ana Railka de Souza; MORAIS, Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos. Raciocínio clínico em enfermagem: estratégias de ensino e instrumentos de avaliação. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 3, p.690-696, maio 2017.

CASTRO, Danielly Alves; CAIXETA, Josane Alves. Sistematização da assistência de enfermagem: a importância do processo de implantação nos hospitais do Brasil. In: CIEGESI - conferência internacional de estratégia em gestão, educação e sistemas de informação, 1., 2012, Goiania. **ANAIS ELETRÔNICOS DA I CIEGESI / I ENCONTRO CIENTÍFICO DO PNAP/UEG**. Goiania: Egesi, 2012. p. 707 - 717.

CAVALCANTE, Elisângela Franco de Oliveira et al. Prática da educação permanente pela enfermagem nos serviços de saúde. **Revista Enfermagem UFPE**, Recife, v. 2, n. 7, p.598-607, fev. 2013.

CHAVES, Israel César; SILVEIRA, Luana Claudia Jacoby; CECHETTO, Fátima Helena. Diagnósticos de enfermagem mais frequentes aos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca nos períodos pré, trans e pósoperatórios. **Revista Cuidado em Enfermagem**, Rio Grande do Sul, v. 2, n. 2, p.1-15, jan. 2016

COELHO, Cezar Uili. **Manual de clínica cirúrgica**: cirurgia geral e especialidades. São Paulo: Atheneu, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN-358/2009**: Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. Brasília, 2009. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 05 jul. 2016.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (CNE). Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES 3/2001**. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de Novembro de 2001. Seção 1, p. 37.

DUAILIBE, Felipe Tavares et al. Intervenções de enfermagem na recuperação pós-anestésica de pacientes cirúrgicos. **Revista de Enfermagem da UFPI**, Teresina, v. 1, n. 3, p.107-112, mar. 2014.

FERNANDES, André Maurício S. et al. Impacto do perfil socioeconômico na escolha da prótese valvar em cirurgia cardíaca. **Revista Brasileira Cirurgia Cardiovascular**, São José do Rio Preto, v. 27, n. 2, p.211-216, jun. 2012.

FERREIRA, Maria José; BARROSO, Pedro; DUARTE, Nádia. Doença arterial periférica. **Revista Portuguesa Clinica Geral**, Lisboa, v. 26, n. 1, p.502-509, jul. 2010.

FERRO, Guilherme et al. Aspectos epidemiológicos, etiopatogênicos, clínicos, diagnósticos e terapêuticos do aneurisma de aorta abdominal. **Enciclopédia Biosfera: Centro Científico conhecer**, Goiânia, v. 8, n. 14, p.1510-1520, jun. 2012.

FREIBERGER, Monica Fernandes; MUDREY, Ericléa Schamber. A importância da visita pré-operatória para sistematização da assistência de enfermagem perioperatória. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**, Rondônia, v. 2, n. 2, p.1-26, out. 2011.

GARCIA, Telma Ribeiro. **Classificação Internacional para Prática de Enfermagem-CIPE**: aplicação à realidade brasileira. Porto Alegre: Artmed, 2017. 340 p.

GONÇALVES, Rejane Maria Dias de Abreu et al. A comunicação verbal enfermeiro-paciente no perioperatório de cirurgia cardíaca. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 10, n. 1, p.27-34, mar. 2011.

GRITTEM, Luciana; MEIER, Marineli Joaquim; PERES, Aida Maris. Sistematization of perioperative care - a qualitative research. **Online Brazilian Journal of Nursing**, [s.l.], v. 8, n. 3, 2009. Doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20092588>.

GUIDO, Laura de Azevedo et al. Cuidado de enfermagem perioperatório: revisão integrativa de literatura. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 4, p.1601-1609, dez. 2014.

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

JESUS, Maria Cristina Pinto de et al. Educação permanente em enfermagem em um hospital universitário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 5, n. 45, p.1229-1236, jan. 2011.

KLEIN, Aline Graziella Staub et al. Registros de enfermagem no Período Perioperatório. **Revista de Enfermagem UFPE**, Pernambuco, v. 5, n. 5, p.1096-1104, jul. 2011.

LASAPONARI, Elaine Ferreira; BRONZATTI, Jeane Aparecida Gonzales. Sistematização da Assistência de enfermagem perioperatória (SAEP). In: MALAGUTTI, William; BONFIN, Izabel Miranda. **Enfermagem em Centro Cirúrgico: Atualidades e perspectivas no ambiente cirúrgico**. São Paulo: Martinari, 2009. p. 73-86.

LE MOS, Cassiane de Santana; SURIANO, Maria Lucia Fernandez. Desenvolvimento de um instrumento: Metodologia de ensino para aprimoramento da prática perioperatória. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 18, n. 4, p.57-69, dez. 2013.

LUCIA, Alba; BARROS, Bottura Leite de. **Anamnese e Exame Físico: Avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016. 471 p.

MEJÍA, Omar Asdrúbal Vilca et al. Estratificação de risco cirúrgico como instrumento de inovação em programas de

cirurgia cardíaca no Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo: ESTUDO SP-SCORE-SUS. **Revista Brasileira Cirurgia Cardiovascular**, São Paulo, v. 2, n. 28, p.263-269, maio 2013.

MONTEIRO, Edna Lopes et al. Cirurgias seguras: elaboração de um instrumento de enfermagem perioperatória. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 2, n. 19, p.99-109, jun. 2014.

MOREIRA, Karla Aparecida Almeida; POPOV, Debora Cristina da Silva. Visita pré-operatória de enfermagem. **Revista Enfermagem UNISA**, São Paulo, v. 10, n. 2, p.158-162, 2009.

MORTON, Patricia Gonc; FONTAINE, Dorrie K. **Cuidados Críticos de enfermagem**: uma abordagem holística. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

OLIVEIRA, Marly Maria de; MENDONÇA, Katiane Martins. Análise da visita pré-operatória de enfermagem: revisão integrativa. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 3, n. 19, p.164-172, set. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Doenças Cardiovasculares**. Disponível em: <http://www.who.int/cardiovascular_diseases/es/>. Acesso em: 25 jun. 2016.

PENEDO, Rafaela Mossarelli; SPIRI, Wilza Carla. Significado da Sistematização da Assistência de Enfermagem para enfermeiros gerentes. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 1, n. 27, p.86-92, jan. 2014.

PIMPÃO, Fernanda Demutti et al. Percepção da equipe de enfermagem sobre seus registros: buscando a Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p.405-410, set. 2010.

PINTO, José Reginaldo et al. Educação permanente: reflexão na prática da enfermagem hospitalar. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 1, n. 9, p.155-165, mar. 2015.

RAMOS, Antonio Rafael Wong et al. Preditores de mortalidade na cirurgia de revascularização do miocárdio. **Revista Brasileira Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p.193-199, maio 2013.

REGIS, Lorena Fagundes Ladeia Vitoria; PORTO, Isaura Setenta. Necessidades humanas básicas dos profissionais de enfermagem: situações de (in) satisfação no trabalho. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 2, n. 45, p.334-341, jul. 2011.

ROMANO, Edson Renato et al. **Guia de pós-operatório de cirurgia cardíaca: Manual de Condutas e Rotinas de Pós-operatório de Cirurgia Cardíaca do Hospital do Coração-HCor**. São Paulo: Atheneu, 2014.

ROTHROCK, Jane C. **Alexander Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico**. 13. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.
SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Informações em saúde**. Disponível em: <www.saude.sc.gov.br>. Acesso em: 20 jun. 2016.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Informações em saúde**. Disponível em: <www.saude.sc.gov.br>. Acesso em: 27 set. 2016.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Instituto de Cardiologia de Santa Catarina: Dados estatísticos**. Acesso em: 10 maio 2016.

SARAGIOTTO, Isabella Rita do Amaral; TRAMONTINI, Cibele Cristina. Sistematização da Assistência de enfermagem perioperatória: Estratégias utilizadas por enfermeiros para sua aplicação. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 8, n. 3, p.366-371, set. 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA CARDIOVASCULAR. Disponível em: <http://www.sbccv.org.br/medica/exibeConteudoMultiplo.asp?cod_Conteudo=1076#>. Acesso em: 19 jun. 2016.

SENA, Adnairdes Cabral de; NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira do; MAIA, Ana Rosete Camargo Rodrigues. Prática do enfermeiro no cuidado ao paciente no pré-operatório imediato de cirurgia eletiva. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 3, p.133-137, set. 2013.

SILVA, Josilaine Porfírio da; GARANHANI, Mara Lucia; PERES, Aida Maris. Sistematização da Assistência de Enfermagem na graduação: um olhar sob o Pensamento Complexo. **Revista Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 1, n. 23, p.59-66, jan. 2015.

SILVA, Diego Alexandre Rozendo; PATRÍCIA, Kezia. Possibilidades e Práticas da Sistematização da Assistência de enfermagem Perioperatória. **Revista Uningá**, Maringá, v. 21, n. 3, p.20-26, 13 jan. 2015.

SILVA, Elisama Gomes Correia et al. O conhecimento do enfermeiro sobre a Sistematização da Assistência de enfermagem: da teoria à prática. **Revista Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 6, n. 45, p.1380-1386, 11 abr. 2011.

SILVEIRA, Rosemary Silva da et al. Conceptualizando a prática da enfermagem a partir de Paulo Freire. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 4, n. 2, p.156-162, ago. 2005.

SMELTZER, Suzanne C. et al. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

SOARES, Mirelle Inácio et al. Sistematização da assistência de enfermagem: facilidades e desafios do enfermeiro na gerência da assistência. **Escola Ana Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 19, p.47-53, mar. 2015.

TARASOUTCHI, F et al. Diretriz Brasileira de Valvopatias - SBC 2011/ I Diretriz Interamericana de Valvopatias - SIAC 2011. **Arq. Bras. Cardiol.**, [s.l.], v. 97, n. 5, p.01-67, 2011. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s0066-782x2011002000001>.

TEIXEIRA, Marcia Vilaça et al. Avaliação dos resultados das orientações pré-operatórias a pacientes submetidos à cirurgia cardíaca eletiva. **Revista de Enfermagem do Centro-oeste Mineiro**, Minas Gerais, v. 3, n. 2, p.620-631, set. 2013.

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia; SILVA, Denise Maria Guerreiro V. da. **Pesquisa Convergente Assistencial: Delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde**. 3. ed. Florianópolis: Moriá, 2014.

VIANA, Renata Andréa Pietro Pereira; WHITAKER, Iveth Yamaguchi. **Enfermagem em Terapia Intensiva: Práticas e Vivências**. Porto Alegre: Artmed, 2011. 546 p.

XAVIER, Tatiane; SILVA, Maristela Freitas; FRIAS, Thais Falcão Pereira. A visita pós-operatória como estratégia de avaliação da qualidade da assistência de enfermagem no transoperatório. **Revista Fundamental Care Online**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 6, p.1139-1151, set. 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO PARA ENTREVISTA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel.: (48) 3721-4164 E-mail: mpenf@contato.ufsc.br

ROTEIRO PARA ENTREVISTA**1 ETAPA:**

Nome:
Idade:
Gênero:
Formação profissional:
Tempo de serviço:
Setor de trabalho:
Qual seu conhecimento prévio sobre a SAEP?

2 ETAPA:

1- Como é a sua atuação no seu setor de trabalho?
2- Como você registra a sua prática?
3- Como a sua prática do dia a dia pode ser mais científica?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O objetivo deste documento é fornecer informações sobre a pesquisa a ser realizada, visando firmar uma autorização por escrito para sua participação de maneira a tornar esta participação espontânea e voluntária.

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada: **“Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória: Construção coletiva em um Hospital público de Santa Catarina”** será realizada pela aluna do Programa de Pós-graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem, modalidade Mestrado Profissional, da UFSC, Roberta Cristina C.A. Vieira, sob orientação da Professora Dra. Lúcia Nazareth Amante.

Antes de decidir se deseja participar, é importante que entenda porquê esta pesquisa será feita, como suas informações serão usadas, o que o estudo envolve, e os possíveis benefícios, riscos e desconfortos envolvidos.

O estudo tem por objetivo: estruturar coletivamente a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória à pacientes submetidos a cirurgias cardiovasculares em um Hospital público de Santa Catarina. Tendo como objetivos específicos instrumentalizar a equipe de enfermagem de um hospital público de Santa Catarina para a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória e elaborar instrumento de Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória à pacientes submetidos a cirurgia cardiovascular conjuntamente com a equipe de enfermagem de um hospital público de Santa Catarina.

Nesse contexto, esta sistematização é aqui entendida como uma tecnologia leve-dura, que qualifica a assistência de enfermagem por meio de ações reflexivas, executando todas as etapas do processo de enfermagem, elencadas pelos conhecimentos que sustentam a profissão.

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, a sua participação na coleta de dados será preferencialmente, fora de seu horário de trabalho, definidos anteriormente por você e por mim. Você será entrevistado sobre aspectos de sua prática profissional e participará de quatro grupos de discussão cujo cronograma será entregue durante a entrevista. Diante de sua autorização, a entrevista e os encontros serão gravados e suas respostas poderão ser utilizadas

durante a elaboração do estudo para estruturação de um instrumento de registro para o período perioperatório. Sua identidade será preservada e sua contribuição será impreterivelmente sigilosa.

Cabe a você decidir se irá ou não participar. Mesmo que você não queira participar do estudo, isso não acarretará nenhuma desvantagem. Caso decida participar, você irá receber este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para assinar. Mesmo que decida participar, ainda será livre para sair do estudo a qualquer momento, bastando para isso informar a sua desistência. Você também não receberá pagamento com a sua participação. Os riscos serão mínimos: por se tratar de uma prática educativa para os participantes sobre tema atual que demanda estudo e conhecimento dos profissionais. Os riscos que poderão haver serão os pertinentes as jornadas de estudo: cansaço, dor corporal por estar em uma mesma posição durante algumas horas. O benefício principal é a implementação de um método sistematizado que qualifica e orienta a assistência de enfermagem, reforçando o cuidado científico. Os dados brutos ficarão sob a responsabilidade da pesquisadora. Caso você tenha algum problema posterior a esta pesquisa e que seja confirmada a relação direta com a mesma, estaremos disponíveis para lhe ajudar no que for preciso. A divulgação dos resultados será para a comunidade científica, sendo sua identidade preservada.

Em caso de qualquer dúvida relacionada ao estudo, ou sempre que você quiser saber sobre os resultados parciais do estudo, por favor, entre em contato com:

Dados da Pesquisadora (mestranda): Nome completo: Roberta Cristina C.A. Vieira Doc. de Identificação: Telefone: (48) 91511825. Email: beta.cca.82@gmail.com

Dados das Pesquisadora (orientadora): Nome completo: Lúcia Nazareth Amante - pesquisadora. Telefone: (48) 9911-5466. E-mail: lucia.amante@ufsc.br

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina, localizado na rua Adolfo Donato da Silva, s/n - Praia Comprida, São José - SC, 88103-901 Telefone:(48) 3271-9000.

Aprovado pelo parecer:
CAAE:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, RG: _____ Recebi informações sobre o estudo acima, além disso, li e entendi todas as informações fornecidas sobre minha participação nesta pesquisa. Tive a oportunidade de discuti-las e fazer perguntas. Todas as minhas dúvidas foram esclarecidas satisfatoriamente e eu, voluntariamente, concordo em participar deste estudo. Ao assinar este termo de consentimento, estou de pleno acordo com os dados a serem coletados, podendo os mesmos ser utilizados conforme descrito neste termo de consentimento. Entendo que receberei uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecida.

Assinatura do participante

Assinatura de um dos pesquisadores

Florianópolis, ____ de _____ de 2017.

APÊNDICE C - 1º ENCONTRO

1. Data:
2. Horário previsto:
3. Tempo total previsto para este encontro: 3 horas
4. Responsável: Roberta Cristina C.A. Vieira
5. Tema: **SAEP: Instrumentalização para prática e início da construção coletiva**
6. Local:

ASSUNTO	TEMPO PREVISTO	DINÂMICA	DESENVOLVIMENTO
Recepção e acolhimento dos enfermeiros	30 minutos	Lanche	Apresentação
Apresentação da proposta de trabalho	15 minutos	Exposição dialogada	Contratualização: 1. Cronograma proposto pela pesquisadora; 2. Horário 3. Comparecimento as reuniões; 4. Delimitação das etapas do perioperatório que serão discutidas; 5. Proposta de organização das reuniões e subsídios para os temas com o grupo.
Ressaltar a sistematização da assistência de enfermagem perioperatória como tecnologia de	1 hora	Exposição dialogada Trabalho em subgrupos.	Explicação sobre o conceito, os objetivos, as fases e como se desenvolve a SAEP no período perioperatório. Em seguida o grupo será dividido em subgrupos para a criação de um esboço

enfermagem			de estruturação da SAEP. Apresentação de cada subgrupo para a consolidação da estrutura da SAEP e escolha da taxonomia que será adotada.
Apresentação do esboço de estruturação da SAEP de acordo o primeiro encontro	1 hora	Será entregue aos participantes alguns exemplos de instrumentos da SAEP com fundamentação teórico-científica.	Construção do instrumento. Primeira etapa: histórico e exame físico. Solicitar ao grupo que apresentem suas sugestões para composição do instrumento de avaliação perioperatória
Fechamento do encontro	15 minutos	Reflexão	Destaque para a importância de uma metodologia de trabalho que uniformiza as condutas. Para a SAEP o método de construção coletiva valoriza a experiência dos participantes, a conduta organizacional e a missão da instituição.

APÊNDICE D - 2º ENCONTRO

1. Data:
2. Horário previsto:
3. Tempo total previsto para este encontro: 3 horas
4. Responsável: Roberta Cristina C.A. Vieira
5. Tema: Construção coletiva da SAEP: segunda etapa
6. Local:

ASSUNTO	TEMPO PREVISTO	DINÂMICA	OBSERVAÇÕES
Acolhimento dos participantes.	20 minutos	Lanche	Momento que favorece a descontração e o livre pensar.
Apresentação do esboço do instrumento aos participantes realizado no segundo encontro	30 minutos	Entrega do material	Estímulo para reflexão e ideias acerca do material apresentado
Construção do instrumento. Segunda etapa: diagnósticos de enfermagem e intervenções de enfermagem	2 horas	Discussão em grupo	Estímulo para as participantes exporem suas opiniões e sua aplicação prática com relação a definição dos títulos de diagnósticos de enfermagem e plano de intervenções de enfermagem prioritários.
Avaliação	10 minutos	Oral	Reflexão sobre o tema proposto e o que isso influenciará na sua prática.

ANEXOS

ANEXO A - MODELOS DE INSTRUMENTO DE REGISTRO SAEP

Cirurgias seguras: elaboração de um instrumento de enfermagem perioperatória



APÊNDICE I - SAEP
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIO BRANCO
SAEP – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

A – IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Data da internação: / /	Nº do Registro:
Nome:	
Data de nascimento: / /	Idade: _____ anos
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	
Cor da pele: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Amarela (oriental) <input type="checkbox"/> NR/NS	
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Separado/divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a) <input type="checkbox"/> NR/NS	
Escolaridade: <input type="checkbox"/> Analfabeto <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental completo <input type="checkbox"/> Ensino Médio incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Médio completo <input type="checkbox"/> Ensino Superior incompleto <input type="checkbox"/> Ensino superior completo <input type="checkbox"/> Pós-Graduação <input type="checkbox"/> NR/NS	
Ocupação:	
B – CONSULTA PRÉ-OPERATÓRIA - SETOR DE INTERNAÇÃO	
Clínica	Enfermaria
Leito	Data / /
Hora: _____ h _____ min	
Procedimento cirúrgico proposto:	
Porte da cirurgia: <input type="checkbox"/> pequeno porte <input type="checkbox"/> médio porte <input type="checkbox"/> grande porte	
Sinais Vitais: Pressão Arterial (PA): / / mmHg	Tax. _____ °C FC _____ bpm FR _____ mrm
Medidas Antropométricas: Peso _____ kg	Altura _____ m
Nível de consciência: <input type="checkbox"/> Lúcido <input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Torporoso <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Comatoso	
Paciente relata e/ou apresenta: <input type="checkbox"/> Apreensão <input type="checkbox"/> Nervosismo <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Dúvidas sobre o procedimento <input type="checkbox"/> Outro, especificar: _____	
Deambulação: <input type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada, especificar: _____	
Cirurgias anteriores: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, especificar: _____	
Comorbidades: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim (HAS), se outra, especificar: _____	
Exames entregues: <input type="checkbox"/> Raios-X de tórax <input type="checkbox"/> Risco cirúrgico <input type="checkbox"/> Relatório de cistoscopia	
<input type="checkbox"/> TC de _____	
<input type="checkbox"/> USG de _____	
<input type="checkbox"/> Exame de _____	
Medicações em uso no domicílio: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, especificar o nome dos medicamentos _____	
Tabagista: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, há quanto tempo e quantidade? _____	
Já fumou? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, por quanto tempo e quantidade? _____	
Etilista: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, há quanto tempo e quantidade? _____	
Já bebeu? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, por quanto tempo e quantidade? _____	
Uso crônico de opioides e/ou entorpecentes: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, especificar: _____	
Alergias: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, especificar: _____	
Integridade da pele: <input type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada, especificar: _____	
Acuidade auditiva e visual: <input type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada, especificar: _____	
Perfusão periférica < 2s: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
Ausculta cardíaca/bulhas normofonéticas: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não, especificar: _____	
Ausculta pulmonar/ presença de ruídos adventícios: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim (roncos, sibilos), especificar: _____	
Presença de tosse, secreção, dispneia ou asma brônquica: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, especificar: _____	
Sono/repouso (horas/dia): _____	
Hábitos Alimentares: <input type="checkbox"/> Saudáveis <input type="checkbox"/> Não saudáveis, por quê? _____	
Qual sua ingestão hídrica diária em copos de 180 mL (copo descartável médio)? _____	
Eliminação urinária: <input type="checkbox"/> Espontânea _____ dia <input type="checkbox"/> Por sonda	
Especificar cor/aspecto: _____	
Eliminação intestinal: <input type="checkbox"/> Presente _____ dia, consistência _____ <input type="checkbox"/> Ausente há _____ dias	
Data: / /	às _____ h _____ min
Assinatura/COREN	

B – PRÉ-OPERATÓRIO	
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<input type="checkbox"/> 1. Ansiedade <input type="checkbox"/> 2. Conhecimento deficiente <input type="checkbox"/> 3. Medo <input type="checkbox"/> 4. Padrão de sono prejudicado <input type="checkbox"/> 5. Risco de integridade da pele prejudicada <input type="checkbox"/> 6. Risco de quedas <input type="checkbox"/> 7. _____ <input type="checkbox"/> 8. _____ <input type="checkbox"/> 9. _____	<input type="checkbox"/> 1. Incentivar a verbalização de sentimentos; <input type="checkbox"/> 2. Estimular perguntas sobre o procedimento; <input type="checkbox"/> 3. Permanecer com o paciente e identificar suas necessidades; <input type="checkbox"/> 4. Proporcionar tranquilidade e conforto; <input type="checkbox"/> 5. Explicar as atividades de rotina do Centro Cirúrgico; <input type="checkbox"/> 6. Utilizar técnica asséptica durante os procedimentos; <input type="checkbox"/> 7. Auxiliar na deambulação; <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____
C – PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO IMEDIATO - ENFERMARIA	
Admissão do paciente: _____ horas	
Sinais Vitais: Pressão Arterial (PA): _____ / _____ mmHg Tax. _____ °C FC _____ bpm FR _____ mmm	
Local da punção venosa: _____ (atentar para local cirúrgico) Abocath n°: _____	
Tricotomia: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> NSA Local: _____	
Encaminhado ao CC: _____	
Data: _____ / _____ / _____ às _____ h _____ min	Assinatura COREN _____
D – PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO IMEDIATO - ENTRADA NO CENTRO CIRÚRGICO	
Data: _____ / _____ / _____ Hora de entrada no C.C: _____ h _____ min	
Paciente: <input type="checkbox"/> Deambulando <input type="checkbox"/> Transportado em cadeira de rodas/maca	
Exames pré-operatórios (de imagem, de risco cirúrgico, laboratoriais): <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
Paciente confirmou identidade, sítio cirúrgico, procedimento e consentimento <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
Comorbidades: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim (HAS). Se outra, especificar: _____	
Alergias: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, especificar: _____	
Jejum: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
Prótese dentária, lentes e/ou adornos: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> sim, foi retirado, e identificado e encaminhado para: _____	
Sinais Vitais: Pressão Arterial (PA): _____ / _____ mmHg Tax. _____ °C FC _____ bpm FR _____ mmm	
Portando sondas: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, especificar: _____	
Punção venosa viável: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não, foi realizada uma nova. Local _____ Abocath n° _____	
Encaminhado a S.O n°. _____ Hora: _____ h _____ min	Assinatura COREN _____
E – PERÍODO INTRAOPERATÓRIO - CENTRO CIRÚRGICO	
ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA	
Cirurgia Proposta: _____	
Paciente confirmou identidade, sítio cirúrgico, procedimento e consentimento? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
Sítio demarcado: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não se aplica	
Verificação de segurança anestésica concluída: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
Oxímetro de pulso no paciente e em funcionamento? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
Via aérea difícil/risco de aspiração? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, e equipamento/assistência disponíveis	
Risco de perda sanguínea > 500 mL(7 mL/kg em crianças)? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos. _____	
Início da anestesia: _____ h _____ min*Tipo de anestesia realizada: _____	
Anestesiista: _____	
ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA	
Cirurgião, Anestesiologista e a Equipe de Enfermagem confirmam verbalmente: identificação do paciente, sítio cirúrgico e procedimento <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não, especificar _____	
A profilaxia antimicrobiana foi realizada nos últimos 60 min? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não se aplica	
As imagens essenciais estão disponíveis? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não se aplica	
Posição do paciente para a cirurgia: <input type="checkbox"/> Decúbito dorsal <input type="checkbox"/> Decúbito Lateral <input type="checkbox"/> Decúbito Ventral <input type="checkbox"/> Semifowler <input type="checkbox"/> Fowler <input type="checkbox"/> Trendelenburg <input type="checkbox"/> Trendel. Invertido <input type="checkbox"/> Litotômica <input type="checkbox"/> Posição de canivete <input type="checkbox"/> Posição genupeitoral <input type="checkbox"/> Posição renal	
Utilização do Bisturi elétrico/laser: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, especificar _____	
Local da placa: _____	
Solução utilizada para degermação e antisepsia do campo operatório: _____	

DURANTE O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO	
Início da incisão: _____ : _____	Temperatura da SO: _____ °C
Grau de contaminação do procedimento cirúrgico: <input type="checkbox"/> Limpo <input type="checkbox"/> Potencialmente contaminado <input type="checkbox"/> Contaminado <input type="checkbox"/> Infetado	
Aparelho Raios-X utilizado na sala: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, Local	
Hemotransfusão: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, hemocomponente: _____	Nº de bolsas _____
Solução infundida _____	Volume total infundido em mL: _____
Sondas: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, especificar _____	Volume: _____ Características: _____
Drenos: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, especificar _____	Volume: _____ Características: _____
Irrigação vesical: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, especificar _____	Volume: _____ Características: _____
Laboratório: <input type="checkbox"/> Histopatológico <input type="checkbox"/> Cultura <input type="checkbox"/> Citologia <input type="checkbox"/> Não se aplica	
Intercorrências: _____	
As contagens de instrumentais cirúrgicos, compressas e agulhas estão corretas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não se aplica	
Término da cirurgia: _____ h _____ min	Término da anestesia: _____ h _____ min
Cirurgia realizada: _____	
Nome cirurgião: _____	Instrumentador: _____
Nome do Auxiliar de Cirurgia: _____	Circulante: _____
Hora da saída da S.O. _____ h _____ min	_____
Assinatura/COREN _____	

E – INTRAOPERATÓRIO	
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<input type="checkbox"/> 1. Ansiedade <input type="checkbox"/> 2. Risco de aspiração <input type="checkbox"/> 3. Risco de desequilíbrio na temperatura corporal <input type="checkbox"/> 4. Risco de infecção <input type="checkbox"/> 5. Risco de lesão (por bisturi elétrico) <input type="checkbox"/> 6. Risco de lesão (por posicionamento perioperatório) <input type="checkbox"/> 7. Risco de volume de líquidos deficiente <input type="checkbox"/> 8. Risco de desequilíbrio do volume de líquidos <input type="checkbox"/> 9. Risco de sangramento <input type="checkbox"/> 10. Hipotermia <input type="checkbox"/> 11. _____ <input type="checkbox"/> 12. _____ <input type="checkbox"/> 13. _____	<input type="checkbox"/> 1. Permanecer com o paciente e identificar suas necessidades; <input type="checkbox"/> 2. Proporcionar tranquilidade e conforto; <input type="checkbox"/> 3. Aspirar secreções; <input type="checkbox"/> 4. Observar o posicionamento do paciente e a presença de secreções; <input type="checkbox"/> 5. Auxiliar o Anestesiologista durante a intubação e no período de reversão anestésica; <input type="checkbox"/> 6. Observar cianose labial e dos leitos ungueais; <input type="checkbox"/> 7. Elevar a temperatura do ambiente; <input type="checkbox"/> 8. Utilizar cobertores; <input type="checkbox"/> 9. Infundir líquidos aquecidos; <input type="checkbox"/> 10. Sempre que possível, manter as regiões do corpo do paciente cobertas; <input type="checkbox"/> 11. Utilizar técnicas assépticas durante o procedimento; <input type="checkbox"/> 12. Manter o menor número de pessoas dentro da sala cirúrgica; <input type="checkbox"/> 13. Evitar derramamento de líquido na Unidade de Eletrocirurgia (UEC); <input type="checkbox"/> 14. Inspeccionar a (UEC), antes do uso, quanto a fios desencapados, dobrados e presença de nós; <input type="checkbox"/> 15. Após o posicionamento do paciente, certificar-se de que ele não está encostado em nenhum metal ou equipamento; <input type="checkbox"/> 16. Utilizar dispositivo de posicionamento; <input type="checkbox"/> 17. Realizar a transferência do paciente da maca para a mesa cirúrgica sem puxar ou empurrar; <input type="checkbox"/> 18. Usar coxins; <input type="checkbox"/> 19. Manter hidratação venosa pérvia; <input type="checkbox"/> 20. Infundir hemocomponentes; <input type="checkbox"/> 21. Observar balanço hídrico; <input type="checkbox"/> 22. Observar sinais vitais (FC, PA e SPO ₂) <input type="checkbox"/> 23. _____

Monteiro EL, Melo CL, Amaral TLM et al.

F – SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - SRPA							
Admissão do paciente: h min Acompanhado por:							
Nível de consciência: <input type="checkbox"/> Lúcido <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Torporoso <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Comatoso <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Outro, especificar							
Queixas: <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Êmese <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Frio <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Tonturas <input type="checkbox"/> Outras, especificar <input type="checkbox"/> Sem queixas							
Hidratação venosa/local: Condições:							
Solução infundida:				Volume total infundido: mL			
Curativo cirúrgico/local: Condições:							
Sinais de hemorragia: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, especificar							
Extremidades: <input type="checkbox"/> Aquecidas <input type="checkbox"/> Frias <input type="checkbox"/> Cianóticas <input type="checkbox"/> Perfundidas							
Drenos: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, especificar							
Diurese: <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Por sonda vesical							
Intercorrências:							
Sinais Vitais	Parâmetro/ Hora	15'	30'	45'	60'	1h30	2h
	Pressão Arterial						
	Pulso/FC						
	Temperatura						
	SPO ₂						
ESCALA DE ALDRETE E KROULIK							
Parâmetro	Resposta	Pontos	15'	30'	45'	60'	1h30'
Atividade muscular	Movimenta os quatro membros	2					
	Movimenta dois membros	1					
	Incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0					
Respiração	Capaz de respirar profundamente	2					
	Dispneia ou limitação da respiração	1					
	Apneia	0					
Circulação	PA com variação de até 20% do nível pré-anestésico	2					
	PA com variação de 20 a 49% do nível pré-anestésico	1					
	PA com variação acima de 50% do nível pré-anestésico	0					
Consciência	Lúcido e orientado no tempo e no espaço	2					
	Desperta, se solicitado	1					
	Não responde	0					
Saturação de O ₂	Capaz de manter saturação de O ₂ > 92%, respirando em ar ambiente	2					
	Necessita de O ₂ para manter a saturação > 90%	1					
	Saturação de O ₂ < 90%, com suplementação de oxigênio	0					
Total de pontos	Obs.: de 8 a 10 pontos, paciente apto para alta.	-					

F – SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA	
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<input type="checkbox"/> 1. Ansiedade <input type="checkbox"/> 2. Dor aguda <input type="checkbox"/> 3. Integridade da pele prejudicada <input type="checkbox"/> 4. Hipotermia <input type="checkbox"/> 5. Mobilidade física prejudicada <input type="checkbox"/> 6. Náuseas <input type="checkbox"/> 7. Padrão respiratório ineficaz <input type="checkbox"/> 8. Risco de confusão aguda <input type="checkbox"/> 9. Confusão aguda <input type="checkbox"/> 10. Perfusão tissular ineficaz <input type="checkbox"/> 11. Retenção urinária <input type="checkbox"/> 12. Risco para aspiração <input type="checkbox"/> 13. Risco para infecção <input type="checkbox"/> 14. Temperatura corporal desequilibrada <input type="checkbox"/> 15. Volume de líquido deficiente <input type="checkbox"/> 16. Volume de líquido excessivo <input type="checkbox"/> 17. _____ <input type="checkbox"/> 18. _____	<input type="checkbox"/> 1. Proporcionar tranquilidade e conforto; <input type="checkbox"/> 2. Permanecer com o paciente e identificar suas necessidades; <input type="checkbox"/> 3. Avaliar o nível e os sinais de dor; <input type="checkbox"/> 4. Administrar analgésicos prescritos ou consultar o Anestesiologista; <input type="checkbox"/> 5. Utilizar métodos alternativos, como mudança de posição; <input type="checkbox"/> 6. Avaliar ferida e curativo cirúrgico; <input type="checkbox"/> 7. Aquecer o paciente com cobertores e infundir soro aquecido; <input type="checkbox"/> 8. Posicionar o paciente confortavelmente; <input type="checkbox"/> 9. Administrar antieméticos conforme prescrição médica; <input type="checkbox"/> 10. Lateralizar a cabeça do paciente; <input type="checkbox"/> 11. Avaliar o estado respiratório na admissão da SRPA; <input type="checkbox"/> 12. Incentivar a respiração profunda; <input type="checkbox"/> 13. Administrar oxigênio umidificado; <input type="checkbox"/> 14. Avaliar o nível de consciência e orientar o paciente no tempo e no espaço; <input type="checkbox"/> 15. Manter em decúbito elevado a 45°; <input type="checkbox"/> 16. Aspirar secreções, se necessário; <input type="checkbox"/> 17. Utilizar técnicas assépticas durante os procedimentos; <input type="checkbox"/> 18. Monitorizar sinais vitais e ECG; <input type="checkbox"/> 19. Monitorar perdas por drenos; <input type="checkbox"/> 20. Monitorar balanço hídrico; <input type="checkbox"/> 21. Posicionar em <i>trendelenburg</i> ; <input type="checkbox"/> 22. Passar sonda vesical de alívio, conforme solicitação médica; <input type="checkbox"/> 23. _____
Hora da saída da SRPA _____ h _____ min Liberado por: _____ <input type="checkbox"/> Entregue receita, atestado, retorno, especificar: _____	_____ Assinatura/COREN

G – PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO - ENFERMARIA			
Sinais Vitais: Pressão Arterial (PA): _____ / _____ mmHg	Tax. _____ °C	FC _____ bpm	FR _____ mrm
Nível de consciência: <input type="checkbox"/> Lúcido <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Torporoso <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Comatoso <input type="checkbox"/> Agitado			
<input type="checkbox"/> Outro, especificar _____			
Queixas: <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Êmese <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Frio <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Tonturas <input type="checkbox"/> Retenção urinária			
<input type="checkbox"/> Outras, especificar _____ <input type="checkbox"/> Sem queixas			
Hidratação venosa/local: _____	Condições: _____	Solução infundida: _____	
Curativo cirúrgico/local: _____	Condições: _____		
Data: ____/____/____ Hora: ____ h ____ min		_____	
		Assinatura/COREN	

ANEXOS

VISITA PRÉ-OPERATÓRIA

IDENTIFICAÇÃO

DATA: ___/___/___ HORA: _____

Paciente: _____ Idade: ___ Data de nasc: ___/___/___ Sexo: () F () M Leito: _____ RH: _____

Estado Civil: _____ Diagnóstico: _____

Cirurgia Proposta: _____ Anestesia proposta: _____

Acompanhante: () sim _____ () não _____

ANTECEDENTES

() diabetes () hipertensão arterial () dislipidemia () doenças infecto-contagiosas () Outros: _____

Medicamentos em uso: _____

Tabagismo: () sim () não Alergias: () sim _____ () não Vacinas: () hepatite B () anti-tetânica

Cirurgias anteriores: _____ Anestesia anterior: _____

EXAME FÍSICO

1.1 Sistema respiratório: FR: ___rpm () eupneico () dispneico () taquipneico () ortopneico () superficial () profunda () ruidosa

1.2 Sistema cardiovascular: FC: ___bpm / PA: ___mmHg

1.3 Sistema gastrointestinal: Peso: ___Kg / Jejum: () Sim () Não Presença de prótese dentária: () Sim () Não

1.4 Sistema tegumentar: T.: ___°C / Integridade cutânea: () Sim () Não

Condições de higiene: () satisfatória () insatisfatória

1.5 Sistema neurológico: Acuidade auditiva e visual preservada: () Sim () Não

Dor: () Sim (local e tipo: _____) () Não, alterações no padrão do sono: () Sim () Não

1.6 Sentimentos do paciente: () calmo () apatia () ansiedade () medo () agitação () isolamento

Houve mudança no dia-a-dia em virtude da necessidade do procedimento anestésico/cirúrgico?

() Sim _____ () Não _____

1.7 Sistema músculo-esquelético: Deambulação: () preservada () prejudicada

1.8 Procedimentos Invasivos:

Sondas: () Sim _____ () Não Acesso venoso: () Sim _____ () Não _____

Tricotomia: () Sim _____ () Não _____

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

- | | |
|--|------------------------------------|
| 1) risco de lesão | 8) eliminação urinária prejudicada |
| 2) mobilidade física prejudicada | 9) padrão respiratório ineficaz |
| 3) risco de aspiração | 10) proteção ineficaz |
| 4) integridade da pele prejudicada | 11) risco de quedas |
| 5) risco de infecção | 12) ansiedade |
| 6) nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais | 13) medo |
| 7) dentição prejudicada | 14) padrão de sono perturbado |
| | 15) percepção sensorial perturbada |

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

- () orientar retirada de adornos/ prótese dentária
- () orientar jejum pré-operatório
- () orientar/encaminhar ao banho de aspersão pré-operatório
- () realizar tricotomia antes do procedimento cirúrgico
- () manter grades do leito elevadas após administração do pré-anestésico
- () observar e anotar sinais flogísticos em acesso venoso
- () explicar sobre o procedimento anestésico-cirúrgico
- () observar e anotar integridade da pele e mucosas

ADMISSÃO CENTRO CIRÚRGICO

Data: ___/___/___ Horário: _____ Encaminhado por: _____ Recebido por: _____

IDENTIFICAÇÃO

nome: _____ sexo: () F () M RH: _____
 data de nasc: ___/___/___ idade: _____ leito: _____
 acompanhante: () sim _____ () não _____

INTERVENÇÃO

Cirurgia proposta: _____
 lateralidade: _____
 demarcação: () sim () não
 reserva de sangue: () sim _____ () não
 reserva de UTI: () sim: leito _____ () não
 termo de anestesia: () sim () não
 termo de cirurgia: () sim () não

JEJUM: () sim () não

PRÓTESE DENTÁRIA: () sim _____ () não

ALERGIAS: () sim _____ () não

TROUXE EXAMES:
 () sim _____
 () não _____

CHEGOU AO CENTRO CIRÚRGICO:
 () deambulando () cadeira de rodas () maca () berço
 () consciente () inconsciente () orientado () desorientado
 () cateter de O2 () nebulização () intubado

CONTROLES:
 PA: _____ mmHg FC: _____ bpm FR: _____ Sat O2: _____ T: _____ °C
 Peso: _____ Kg Altura: _____ cm

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Encaminhado para sala: _____ Funcionário: _____

CENTRO CIRÚRGICO: INTRA-OPERATÓRIO

NOME: _____ SEXO: () F () M RH: _____

Encaminhado por: _____ Recebido por: _____

Entrada na sala: _____
 Início da anestesia: _____
 Início da cirurgia: _____
 Término da cirurgia: _____
 Término da anestesia: _____
 Saída da sala: _____

Cirurgia proposta: _____
 Cirurgia realizada: _____
 Anestesia: _____ Cirurgião: _____
 Assistente 1: _____ Assistente 2: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Circulante: _____ Enfermeiro: _____

Diagnósticos de enfermagem

- | | |
|---------------------------------------|---|
| 1) Risco de lesão | 6) proteção ineficaz |
| 2) risco de aspiração | 7) risco de desequilíbrio de volume de líquidos |
| 3) risco de queda | 8) risco de desequilíbrio na temperatura corporal |
| 4) risco de débito cardíaco diminuído | 9) padrão respiratório ineficaz |
| 5) risco de infecção | 10) eliminação urinária prejudicada |

Prescrição de enfermagem

- Colocar coxins em: _____
- posicionar paciente em: () DDH () DVH () DLE () DLD () litotomia () fowler modificada () Trendelenburg () Trendelenburg reverso
- Monitorizar paciente
- Realizar SVD e anotar débito urinário
- Observar e anotar sinais flogísticos de acesso venoso; incisão cirúrgica; inserção de drenos
- Colocar manta térmica
- Manter olhos do paciente fechados e orelhas sem dobras
- Colocar placa de bisturi em: _____
- Anotar horário e antibiótico administrado: _____
- Anotar débito de drenos, sondas e diurese
- Realizar contagem de compressas
- Anotar sinais vitais no início e término do procedimento cirúrgico

Enfermeiro: _____

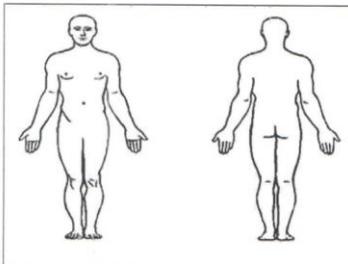
Admissão na S.O:

Dispositivos e incisões:

- 1) eletrodo
- 2) oxímetro
- 3) manguito
- 4) coxim
- 5) placa de bisturi
- 6) acesso venoso: periférico (a) central (b)
- 7) acesso arterial
- 8) incisão cirúrgica
- 9) dreno: port vac(a);hemovac (b); penrose (c) Kher (d); pigtail (e)

Equipamentos:

- () monitor
- () bisturi
- () capnógrafo
- () int. imagem (scopia)
- () outros: _____
- () garrote pneumático
- () manta térmica
- () pressão invasiva
- () microscópio



Degermação:

PVPi: () degermante () tópico () tintura clorexidina: () degermante () aquosa () alcoólica

Procedimentos intra-operatórios:

IOT: () sim- cânula n° _____ () não punção venosa: () sim _____ () não Tração: () sim () não
 Cateter O2: () sim () não punção arterial: () sim _____ () não DVE: () sim () não
 Nebulização: () sim () não SNG: () sim () não SNE: () sim () não
 SVD: () sim-n° _____,efetuada por: _____ () não Contagem de compressas: () sim- _____ unid. () não

Anotação intra-operatória:

Sinais vitais: PA: _____ FC: _____ sat.O2: _____ FR: _____ T: _____

Infusões intra-operatórias:

SF 0,9%: _____ ml R. lactato: _____ ml Conc. de hemácias: _____ unid. Voluven: _____ ml
 SG 5%: _____ ml R. simples: _____ ml Plasma: _____ unid. Outros: _____

Saída da S.O:

Sinais vitais: PA: _____ FC: _____ sat.O2: _____ FR: _____ T: _____
 diurese: _____ ml dreno: _____ ml SNG: _____ ml Anat. Patológico: () sim: _____ unid. _____ () não
 Rx P.O: () sim () não Cultura: () sim _____ () não

Encaminhado: () RPA () enfermaria () UTI () semi-intensiva () transferido: _____
 Funcionário: _____

RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA (RPA)

Data: ___/___/___ Horário: _____
Encaminhado: _____
Recebido: _____

NOME: _____ SEXO: () masc. () fem. R.H: _____
 ORIGEM: _____ IDADE: _____ ACOMPANHANTE: () SIM _____ () NÃO
 CIRURGIA REALIZADA: _____
 CIRURGIÃO: _____
 ANESTESIA: () GERAL () SEDAÇÃO () RAQUI () PERIDURAL () BLOQUEIO _____ ANESTESISTA: _____
 INTERC. INTRA-OPERATÓRIAS: _____

CONTROLES	ADMISSÃO	15'	30'	60'	120'	OBSERVAÇÕES
Hora						
PA						
FC						
T						
FR						
Sat.O2						
Dor (0-10) local						
Índice Aldrete e Krolik (adulto)						
Profissional						

ELIMINAÇÕES	ADMISSÃO	ALTA	DEXTRO		
Hora			Hora	mg/dl	conduta
SVD (volume/aspecto)					
SVA (volume/aspecto)					
Diurese espontânea					
SNG (volume/aspecto)					
DRENO () port-vac () hemo-vac () penrose () tubular					
Colostomia					
Profissional					

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

- | | |
|--|---|
| 1) Risco de Quedas | 11) Débito Cardíaco diminuído |
| 2) Risco de Lesão | 12) Perfusão tissular ineficaz: _____ |
| 3) Integridade da pele prejudicada | 13) Risco de disfunção neurovascular periférica |
| 4) Risco de desequilíbrio de volume de líquido | 14) Troca de gases prejudicada |
| 5) Risco de desequilíbrio na temperatura corporal:
hipertermia/hipotermia | 15) Padrão Respiratório Ineficaz |
| 6) Risco de Infecção | 16) Dor: aguda/crônica |
| 7) Eliminação urinária prejudicada | 17) Náusea |
| 8) Risco de Constipação | 18) Percepção sensorial perturbada: _____ |
| 9) Capacidade adaptativa intracraniana diminuída | 19) Risco de Aspiração |
| 10) confusão: aguda/ crônica | 20) Ansiedade |
| | 21) Comunicação verbal prejudicada |

ANEXO B - PARECER CONSUBTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA: CONSTRUÇÃO COLETIVA EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE SANTA CATARINA

Pesquisador: ROBERTA CRISTINA CARDOSO AMARAL VIEIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 66030717.4.0000.0113

Instituição Proponente: Instituto de Cardiologia de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.984.729

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa convergente assistencial, que tem por objetivo geral estruturar coletivamente a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória à pacientes submetidos a cirurgias cardiovasculares em um Hospital público de Santa Catarina, e por objetivos específicos: instrumentalizar a equipe de enfermagem de um hospital público de Santa Catarina para a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória e elaborar instrumento de Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória à pacientes submetidos a cirurgia cardiovascular conjuntamente com a equipe de enfermagem de um hospital público de Santa Catarina. Neste sentido, a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória é uma metodologia de trabalho que preconiza a atuação do enfermeiro nos períodos pré-operatório, transoperatório e pós-operatório. A utilização de um processo de enfermagem específico para esse período em pacientes submetidos a cirurgias cardiovasculares é relevante para prática, pois subsidia as reais necessidades do paciente e sua família, organiza e registra o planejamento da assistência. A correta aplicação do instrumento demonstra a importância da atuação do enfermeiro, considerando os aspectos relacionados ao significado da sua presença na sala de operação e de que forma este profissional é parte integrante da equipe. A Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória tem como

Endereço:	Rua Adolfo Donato Silva s/n	CEP:	88.103-901
Bairro:	Praia Comprida		
UF:	SC	Município:	SAO JOSE
Telefone:	(48)3271-9101	Fax:	(48)3271-9003
		E-mail:	cepic@saude.sc.gov.br



Continuação do Parecer: 1.984.729

finalidade avaliar o sucesso e os insucessos ocorridos durante os cuidados prestados no pré-operatório, transoperatório e pós-operatório, proporcionando ao enfermeiro uma autoavaliação para a melhoria da qualidade da assistência. A revisão de literatura sistemática versará sobre: Cirurgia cardíaca, Cirurgia vascular, Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória, Competências do Enfermeiro Perioperatório. O cenário do estudo será a unidade internação mista; centro cirúrgico e terapia intensiva coronariana

de um Hospital Público de Santa Catarina. Os participantes do estudo serão: 10 enfermeiros da unidade de internação mista, quatro do centro cirúrgico, 13 da terapia intensiva, um da gerência de enfermagem, um do núcleo de segurança do paciente, dois do centro de controle de infecção hospitalar e os profissionais técnicos de enfermagem serão convidados aleatoriamente, dois de cada setor totalizando 37 participantes. Para coleta

de dados serão utilizadas a entrevista semi-estruturada e grupos de discussão. Nestes serão discutidos os conteúdos que devem compor o instrumento de registro a ser construído. Para nortear a análise dos dados os passos preconizados pela pesquisa convergente assistencial serão seguidos. Este estudo seguirá os preceitos legais para pesquisas com seres humanos. Os benefícios do estudo abrangem a contribuição na prática para a reorganização da assistência de enfermagem; ampliação da qualidade do atendimento, por meio de um cuidado individualizado, participativo e continuado à pacientes submetidos a cirurgia cardiovascular no período perioperatório

Objetivo da Pesquisa:

Estruturar coletivamente a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória à pacientes submetidos a cirurgias cardiovasculares em um hospital público de Santa Catarina.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

não apresenta riscos

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

dispensa comentários

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

adequados

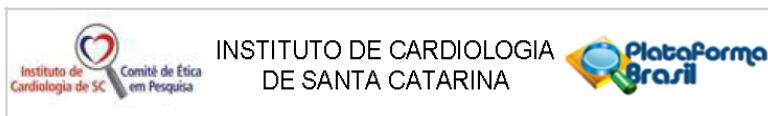
Recomendações:

recomendo aprovação

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

sem pendências

Endereço: Rua Adolfo Donato Silva s/n	CEP: 88.103-901
Bairro: Praia Comprida	
UF: SC	Município: SAO JOSE
Telefone: (48)3271-9101	Fax: (48)3271-9003
	E-mail: cepic@saude.sc.gov.br



Continuação do Parecer: 1.984.729

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_883481.pdf	20/03/2017 19:24:36		Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	20/03/2017 19:23:32	ROBERTA CRISTINA CARDOSO AMARAL	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	20/03/2017 19:17:30	ROBERTA CRISTINA CARDOSO AMARAL	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	20/03/2017 19:01:56	ROBERTA CRISTINA CARDOSO AMARAL VIEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Roberta_projeto.docx	20/03/2017 19:00:59	ROBERTA CRISTINA CARDOSO AMARAL	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_instituicao.pdf	20/03/2017 18:42:51	ROBERTA CRISTINA CARDOSO AMARAL	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	20/03/2017 18:38:50	ROBERTA CRISTINA CARDOSO AMARAL	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO JOSE, 27 de Março de 2017

Assinado por:
Amândio Rampinelli
(Coordenador)

Endereço: Rua Adolfo Donato Silva s/n
Bairro: Praia Comprida **CEP:** 88.103-901
UF: SC **Município:** SAO JOSE
Telefone: (48)3271-9101 **Fax:** (48)3271-9003 **E-mail:** cepic@saude.sc.gov.br

ANEXO C - INSTRUÇÃO NORMATIVA 01/MPENF/2014

Instrução Normativa 01/MPENF/2014

Florianópolis, 3 de dezembro de 2014

Define os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão do Programa de Pós-graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem (Mestrado Profissional) da UFSC.

A Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, no uso de suas atribuições, considerando o disposto na Resolução 05/CUN/2010 e no Regimento Interno do Curso, e o que deliberou, por unanimidade, o Colegiado Pleno do Curso de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem da UFSC, em reunião realizada em 03/12/2014,

RESOLVE:

1. As dissertações deverão conter artigos/manuscritos de autoria do discente, em co-autoria com o orientador e co-orientador.
2. A inclusão destes artigos deverá ser feita de modo a fornecer uma visão do conjunto do trabalho da dissertação. O formato incluirá:
 - Elementos pré-textuais
 - Introdução
 - Objetivos
 - Referencial teórico e metodológico (em 1 ou 2 capítulos)
 - Resultados apresentados na forma de no mínimo 1 manuscrito e o produto técnico/prática de gestão do cuidado ou inovação tecnológica desenvolvidos. O manuscrito/artigo poderá ser inserido como capítulo específico, logo após a introdução (Revisão de literatura sobre o assunto da pesquisa) ou então no capítulo de Resultados e Discussão, juntamente com o(s) artigo(s) que contemplará(ão) os resultados principais da pesquisa e o produto/prática de gestão do cuidado ou inovação tecnológica de gestão do cuidado ou inovação tecnológica apresentado em um capítulo de resultados, desenvolvidos na dissertação.
 - Considerações Finais/Conclusões
 - Elementos pós-textuais
3. Orientações gerais:
 - a) Todos os artigos, assim como os demais capítulos deverão ser apresentados de acordo com a ABNT;
 - b) A impressão final deverá seguir as normas de formatação da UFSC. Também a versão para avaliação da Banca Examinadora poderá estar formatada neste padrão;
 - c) Após a defesa pública, revisão final do trabalho de conclusão e sua entrega ao Programa e Biblioteca Universitária, os artigos deverão ser convertidos às normas dos periódicos selecionados e submetidos aos mesmos;
 - d) Os periódicos técnico-científicos selecionados para submissão deverão estar classificados pelo QUALIS/CAPES (área Enfermagem) como B2 ou superior. No caso de periódicos não classificados pelo QUALIS/CAPES (área Enfermagem), deverá ser considerado o índice de impacto JCR ou avaliação QUALIS/CAPES de outras áreas.

Documento homologado no Colegiado Delegado do Curso de Pós-graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem da UFSC de 03/12/2014

Esta Instrução Normativa substitui a instrução Normativa 03/MPENF/2011.

Esta Instrução Normativa será válida apenas para os alunos que ingressaram a partir de 2014.

Original firmado na Secretaria MPENF