

CURSO DE ENFERMAGEM

Kênia Cândido Dagostin

**O PROCESSO DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES PÓS- OPERATÓRIO DE
REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA E TROCA VALVAR**

Santa Cruz do sul
2018

Kênia Candido Dagostin

**O PROCESSO DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES PÓS OPERATÓRIO DE
REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA E TROCA VALVAR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade
de Santa Cruz do Sul – UNISC para obtenção do título
de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profª Enfª Ms. Daiana Klein Weber
Carissimi

Santa Cruz do Sul
2018

Kênia Cândido Dagostin

**O PROCESSO DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES PÓS OPERATÓRIO DE
REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA E TROCA VALVAR**

Esta monografia foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de Enfermeiro.

Foi aprovada em sua versão final, em _____.

Profª Enfª Ms. Daiana Klein Weber Carissimi
Professor orientador - UNISC

Profª Enfª Ms. Amélia Natália Marques Cerentine
Professor examinador - UNISC

Profª Enfª Ms. Micila Pires Chielle
Professor examinador - UNISC

Santa Cruz do Sul

2018

RESUMO

As doenças cardiovasculares (DCV) são consideradas doenças crônico degenerativas e são as principais causas de morte no mundo. A Sistematização da Assistência de Enfermagem é utilizada para organizar o trabalho profissional do enfermeiro e o Processo de Enfermagem (PE) é a documentação da prática profissional seguindo as sete etapas: coleta de dados, diagnose, diagnóstico de enfermagem, planejamento de metas, planejamento de intervenções, implementação e avaliação contínua do cuidado. O objetivou-se nesse estudo identificar os principais sinais e sintomas dos pacientes cardíacos para a estruturação do processo de enfermagem. O método da pesquisa foi de natureza aplicada, exploratória e documental. Foi realizado a análise e posterior coleta de dados de 31 prontuários, através dos quais se obteve a seleção dos sinais e sintomas e dados de perfil mais prevalentes nas evoluções de enfermagem e dos médicos. A pesquisa demonstrou que a maioria dos pacientes são do sexo masculino, residentes de Santa Cruz do sul com idade predominante entre de 61-70 anos e a cirurgia cardíaca mais realizada foi a troca valvar. As comorbidades mais encontradas foram HAS, IAM e dislipidemia. Com base nos dados foram construídos fluxogramas dos principais sinais e sintomas, elencando os diagnósticos e as intervenções relacionadas aos pacientes no pós operatório. Através do estudo observou-se a necessidade de intensificar a realização das etapas do Processo de Enfermagem, além disso, as evoluções de enfermagem pouco completas, muito parecidas de um turno para outro, dificultando a coleta dos dados e reconhecer os sinais e sintomas.

Palavras-chave: Processo de enfermagem. Cirurgia cardiovascular. Algoritmos.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Cirurgia de revascularização do miocárdio	10
Figura 2 – Cirurgia de troca valvar	11
Figura 3 – O processo de enfermagem	14
Figura 4 – Perfil demográfico dos pacientes	22
Quadro 1 – Perfil clínico apresentado pelos pacientes estudados	23
Quadro 2 – Perfil das comorbidades cardiovasculares dos pacientes estudados	24
Figura 5 – Sinais e sintomas mais frequentes durante o pós operatório	26
Fluxograma 1 – Processo de Enfermagem- Dor	27
Fluxograma 2 – Processo de Enfermagem- Agitação/ Inquietação	28
Fluxograma 3 – Processo de Enfermagem- Edema	29
Fluxograma 4 – Processo de Enfermagem- Pele fria	30
Fluxograma 5 – Processo de Enfermagem- Sedativos	30
Fluxograma 6 – Processo de Enfermagem- Tosse	31
Fluxograma 7 – Processo de Enfermagem- Hipertensão	32
Fluxograma 8 – Processo de Enfermagem- Vômito/ Náusea	32
Fluxograma 9 – Processo de Enfermagem- Ansiedade	33
Fluxograma 10 – Processo de Enfermagem- Imobilização/ Contido no leito	34

LISTA DE ABREVIações E SIGLAS

AVC	Acidente Vascular Cérebro
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CRM	Cirurgia de Revascularização de Miocárdio
DAC	Doença Arterial Coronariana
DE	Diagnóstico de Enfermagem
DM	Diabetes Mellitus
DPOC	Doença pulmonar obstrutiva crônica
DVC	Doença Cardiovascular
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
MAE	Metodologia Assistência de Enfermagem
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NIC	Nursing Interventions Classification
PE	Processo de Enfermagem
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
RM	Revascularização de Miocárdio
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TV	Troca valvar

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	9
2.1	O contexto das Cirurgias de Revascularização Miocárdica e da Troca Valvar	9
2.2	Sistematização da Assistência em Enfermagem <i>versus</i> Processo de Enfermagem	11
2.3	O futuro da Assistência de Enfermagem tendo como aliada a tecnologia.....	15
3	METODOLOGIA.....	18
3.1	Tipo de pesquisa	18
3.2	Local de pesquisa.....	18
3.3	Coleta de dados	19
3.4	Instrumento para coleta de dados.....	19
3.5	Procedimentos técnicos e éticos	20
3.6	CrITÉrios de inclusão e exclusão	20
3.7	Riscos e benefÍcios da pesquisa para a instituio	21
3.8	Destruio dos registros.....	21
3.9	Devoluo dos resultados à Instituio	21
3.10	Análise de dados	21
4	APRESENTAO E DISCUSSÃO DOS DADOS	23
4.1	Bloco A - “Caracterizao da populao do estudo”	23
4.2	Bloco B - “Comorbidades prevalentes dos pacientes estudados”	25
4.3	Bloco C - “Sinais e sintomas dos pacientes com DCV”	27
5	CONSIDERAOES FINAIS	36
	REFERÊNCIAS	37
	APÊNDICE A – Formulário de coleta de dados.....	42
	APÊNDICE B - Justificativa de ausência do Termo de Consentimento livre e esclarecido (TCLE).....	43
	ANEXO A – Parecer do Comitê de tica em Pesquisa	44

1 INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) são consideradas doenças crônicas degenerativas e segundo Manual de Prevenção Cardiovascular (ROCHA; MARTINS, 2017) são as principais causas de morte no mundo. No Brasil representam cerca de 30% dos óbitos. Em 2013 ocorreram no Brasil 1.138. 670 óbitos, onde 339. 672 (29,8%) são decorrentes de DCV.

Oliveira et al. (2016a) aborda os fatores de risco de maior probabilidade para o desenvolvimento das DCV: o tabagismo, a hipertensão arterial, as dislipidemias e o diabetes mellitus (DM).

Para a enfermagem as DCV vem sendo um desafio devido a mudança de hábitos, a pouca prática de atividades físicas e a má alimentação da população em geral. Esse tipo de doença acarreta problemas graves, se não tratadas, requer monitorização dos sinais e sintomas podendo gerar cuidados complexos dependendo da gravidade. Para melhor atender esse tipo de paciente os enfermeiros podem utilizar ferramentas como o processo de enfermagem.

O processo de enfermagem (PE) é uma ferramenta essencial para a elaboração dos diagnósticos de enfermagem (DE), através dos quais o enfermeiro pode traçar as ações, fazendo julgamento sobre as necessidades de cada paciente. Esse processo exige raciocínio clínico e busca descobrir os problemas de saúde do paciente com base em sinais, sintomas, fatores de risco, exames e informações complementares (COFEN, 2009).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem é utilizada para organizar o trabalho profissional, quanto à forma, o número de profissionais e instrumentos utilizados, tornando possível a implementação do processo de enfermagem que é considerado o instrumento orientador do cuidado. Já, o Processo de Enfermagem é a documentação da prática profissional seguindo as sete etapas: coleta de dados realizada através de um exame físico e do histórico do paciente para coletar informações objetivas e subjetivas, a diagnose serve para o enfermeiro mapeia todos os DE identificados por meio da interpretação dos dados coletados, a partir disso, será elencado os diagnósticos de enfermagem com maior prioridade. O planejamento é realizado através dos diagnósticos selecionados para determinar as prioridades dos cuidados, as metas tem o objetivo definir um problema ou aceitação de um problema, já a implementação e realizar as ações e intervenções previamente determinadas pela

etapa do planejamento é a etapa de avaliação é observar se houve mudanças (COFEN, 2009).

A problemática da pesquisa gira em torno do seguinte questionamento: quais são os principais sinais e sintomas que os pacientes submetidos as cirurgias cardíacas apresentam para o desencadeamento do Processo de Enfermagem?

O objetivo geral desse estudo é identificar os principais sinais e sintomas dos pacientes cardíacos para a estruturação do processo de enfermagem. E como objetivos específicos: determinar os principais diagnósticos de enfermagem para pacientes cardíacos baseados no levantamento de sinais e sintomas; Propor intervenções para os diagnósticos elencados; Montar o fluxograma do PE.

Registre-se que a escolha do tema guarda estreita relação com o interesse da pesquisadora pela área da cardiologia. O pouco contato com o assunto durante a graduação instigou a pesquisadora a se aprofundar na temática. A ideia principal foi aliar a doença cardiovascular com a implementação do Processo de Enfermagem, pois a trajetória acadêmica demonstrou a imprescindibilidade de eficiência na coleta de dados, elaboração de diagnósticos, planejamento, execução e avaliação dos cuidados de enfermagem necessários para implementar uma assistência qualificada.

A Enfermagem nem sempre esteve preocupada em desenvolver uma metodologia como base no Processo de Enfermagem, no entanto, a Resolução nº 358/2009 traz a obrigatoriedade de sua implementação, visando qualificar o cuidado prestado aos pacientes dos serviços de saúde.

No desenvolvimento do presente trabalho, analisei estudos que tinham como enfoque a problemática aqui apontada, circunstância que denota a relevância da abordagem na atualidade, entretanto, observa-se que tais estudos se limitaram a apontar os sinais e sintomas clínicos dos pacientes em tratamento cardíaco, diferentemente do que pretendeu a pesquisadora com o levantamento de dados e desenvolvimento de fluxograma, afim de ampliar as ações de cuidado no âmbito da enfermagem.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 O contexto das Cirurgias de Revascularização Miocárdica e da Troca Valvar

As doenças cardiovasculares (DCV) são consideradas doenças crônico degenerativas, nas quais se incluem as neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes mellitus (PEREIRA, 2011).

Manual de prevenção Cardiovascular (ROCHA; MARTINS, 2017) considera que:

As doenças cardiovasculares (DCV) são a principal causa de morte no mundo, e no Brasil representam cerca de 30% dos óbitos. Mais pessoas morrem anualmente por essas doenças do que por qualquer outra causa. As doenças cardiovasculares matam duas vezes mais que todos os tipos de câncer, 2,5 vezes mais que todos os acidentes e mortes por violência e seis vezes mais que as infecções, incluídas as mortes por síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA). Em 2013 ocorreram no Brasil 1 138 670 óbitos, 339 672 (29,8%) dos quais decorrentes de DCV (ROCHA; MARTINS, 2017, p. 10)

Com o passar dos anos, o sistema cardiovascular apresenta uma série de alterações, podendo resultar em doenças cardíacas como insuficiência cardíaca congestiva, doença coronariana, estenose da válvula aórtica, enfraquecimento do músculo cardíaco, doença valvar aórtica devido às alterações degenerativas de fibrose e calcificação valvar (CORDEIRO et al., 2017).

As alterações anatômicas ou fisiológicas no sistema cardiovascular, bem como no sistema de condução cardíaca, podem ser evidenciadas por alguns sinais e sintomas e através disso pode ser elaborado diversos Diagnósticos de enfermagem (SILVA et al., 2011).

Segundo Bocchi et al. (2015) apud Cani et al. (2016), o tratamento das doenças cardiovasculares é realizado através de fármacos, atividade físicas, controle nutricional e cirúrgico.

A cirurgia cardíaca é indicada quando a perspectiva de vida é maior com o tratamento cirúrgico do que com o tratamento clínico. Existem três tipos de cirurgia cardíaca: as corretoras (fechamento de canal arterial, de defeito de septo atrial e ventricular), as reconstrutoras (revascularização do miocárdio, plástica de valva aórtica, mitral ou tricúspide) e as substitutivas (trocas valvares e transplantes) (GALDEANO et al., 2003).

A substituição valvular é realizada quando a valvoplastia (reparo da valva) não é uma alternativa viável, isso ocorre quando o anel ou folhetos da valva estão

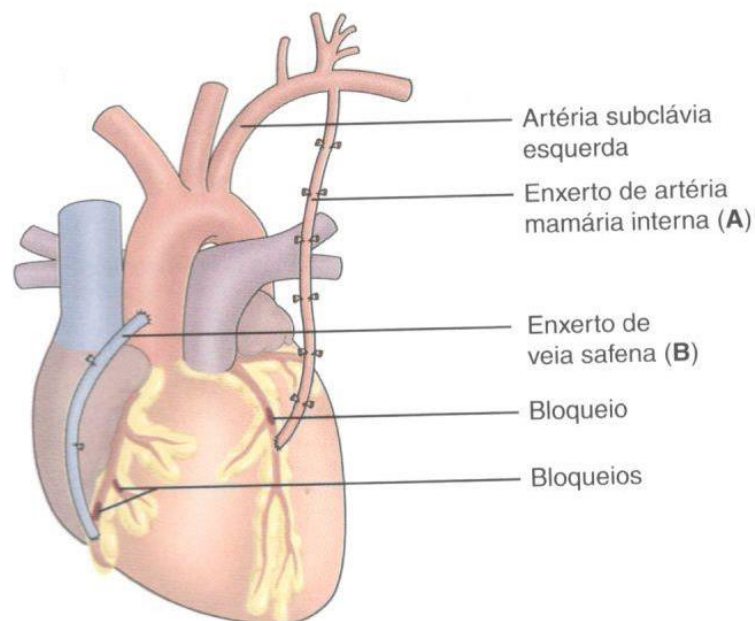
imobilizados por calcificações, fibrose ou fusão dos folhetos, das cordas tendíneas ou dos músculos papilares (HINKLE; CHEEVER, 2016).

Janssen et al. (2015) considera que:

A cirurgia de revascularização do miocárdio (CRM) é o principal tratamento utilizado na correção da doença arterial coronariana (DAC). A DAC é uma condição patológica das artérias coronárias, decorrente do acúmulo anormal das placas de ateroma na parede endotelial das artérias, alterando sua estrutura e função, com estreitamento da luz do vaso e redução do fluxo sanguíneo para o miocárdio. Como categoria 1 diagnóstica é manifestada por angina pectoris, infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca congestiva e morte súbita (JANSSEN et al., 2015, p. 1).

A revascularização do miocárdio é um procedimento cirúrgico no qual uma veia ou uma artéria é enxertada em uma artéria coronária ocluída, de modo que o fluxo sanguíneo possa fluir para além da oclusão (HINKLE; CHEEVER, 2016).

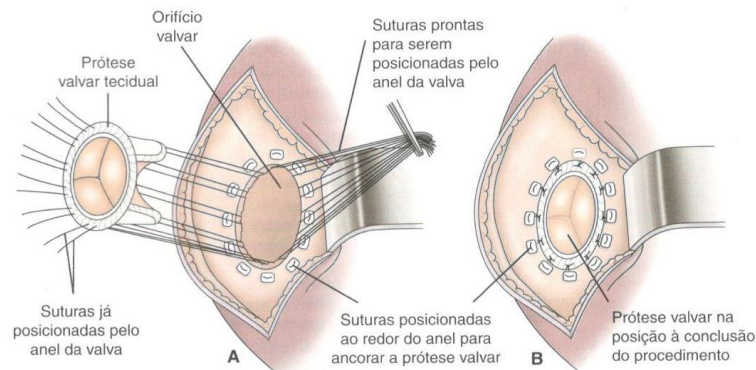
Figura 1 – Cirurgia de revascularização do miocárdio



Cirurgias de revascularização do miocárdio. Um ou mais procedimentos podem ser realizados com a utilização de diversas veias ou artérias. A. Artéria mamária interna esquerda, utilizada com frequência em virtude de sua longevidade funcional. B. A veia safena também é utilizada como enxerto.

Fonte: Brunner e Suddarth (HINKLE; CHEEVER, 2016).

Figura 2 – Cirurgia de troca valvar



Substituição de valve. **A.** A valva nativa é aparada, e a prótese valvar é sutura na posição. **B.** Após o procedimento de todas as suturas pelo anel, o cirurgião desliza a prótese valvar por dentro das suturas e para dentro do orifício natural. As suturas em seguida são atadas e aparadas.

Fonte: Brunner e Suddarth (HINKLE; CHEEVER, 2016).

Os pacientes acometidos por patologias cardíacas podem apresentar fadiga, dispneia, vertigem, tontura, síncope, palpitação, dor torácica e ansiedade, dentre outros (HINKLE; CHEEVER, 2016).

Ao observar esses sinais e sintomas que os pacientes podem vim apresentar, precisamos pensar como vamos organizar o nosso cuidado e quais são as principais ferramentas que podem ser utilizadas, algumas delas e o SAE e o PE que nos permite organizar e priorizar os cuidados.

Segundo Hinkle e Cheever (2016), os cuidados pós operatórios iniciais enfocam na manutenção da estabilidade hemodinâmica e na recuperação da anestesia geral. Os cuidados na UTI concentram-se no monitoramento cardiopulmonar, no manejo da dor, no manejo do ferimento, na atividade progressiva e na nutrição e com os passar do tempo, os cuidados vão ficando menos rigorosos e paciente menos dependente da equipe de enfermagem.

2.2 Sistematização da Assistência em Enfermagem versus Processo de Enfermagem

Segundo a Resolução COFEN nº 358/2009 “a Sistematização da Assistência Enfermagem (SAE) organiza o trabalho profissional da enfermagem quanto ao

método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de Enfermagem (PE)”.

As tentativas organizar o conhecimento na enfermagem vem desde a década de 1950, quando aconteceu um avanço na construção e de na organização dos modelos teóricos de enfermagem. A partir dos estudos de Wanda Horta, no final da década de 1960, é que a atenção dos enfermeiros brasileiros começou a ser direcionada para a SAE, destacando o planejamento da assistência, na tentativa de tomar autônoma a profissão e de caracterizá-la como ciência, por meio da implementação da SAE (TANNURE; PINHEIRO, 2014).

No final da década de 1980, quando o decreto-lei 94406/87, que regulamenta o exercício profissional da enfermagem no país, definiu como atividade privativa do enfermeiro a elaboração das prescrições de enfermagem, passou a existir uma maior incorporação da SAE à prática e os enfermeiros. Desde então percebe-se que a implementação dessa metodologia, incorporada das novas pesquisas sobre o tema da implementação do PE possuem papel importante na elevação da enfermagem como categoria profissional especializada no cuidado baseado no conhecimento científico e na ciência (TANNURE; PINHEIRO, 2014).

Do ponto de vista de Kirchesch (2016):

Os profissionais enfermeiros precisam ter conhecimento científico, éticos, habilidades técnicas e responsabilidade com o cuidado do paciente. As instituições de saúde estão inclusas nesse processo, ao realizar uma gestão dos serviços em que haja um dimensionamento de pessoal adequado, evitando a sobrecarga da equipe. Acrescenta-se a isso, a promoção de capacitações acerca da temática (KIRCHESCH, 2016, p. 2).

Os enfermeiros necessitam de instrumentos que facilitem a implantação das etapas do Processo de Enfermagem na prática, tais como impressos para facilitar na coleta e no registro dos dados do indivíduo, da família ou da comunidade ou softwares que auxiliam na execução das etapas do método científico (TANNURE; PINHEIRO, 2014).

Os autores Giehl et al. (2016) referem que a implementação da SAE trouxe algumas melhorias, principalmente no que diz respeito à qualidade da assistência ao cliente e a qualidade do atendimento, a importância do envolvimento da equipe na adesão desta metodologia e a melhoria na comunicação entre os profissionais atuantes também são considerados pontos positivos.

Para facilitar a implementação PE, é necessário que a equipe de enfermagem esteja motivada e envolvida a utilizar o método, o enfermeiro deve mostrar-se receptivo e reavaliar com sua equipe os cuidados prescritos, valorizando o saber de cada profissional. Após a vinculação entre a equipe de enfermagem é importante estabelecer vínculos com os demais membros da equipe de saúde, bem como com pacientes e familiares (KIRCHESCH, 2016).

A resolução COFEN nº 358/2009 considera que “o Processo de Enfermagem é um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional”. Após a escolha da teoria de enfermagem, torna-se necessário a utilização de um método científico para que os conceitos de teoria seja implantados na prática.

O termo processo foi mencionado pela primeira vez em 1955 por Lydia Hall. Em 1961, em uma publicação de Orlando, o processo de enfermagem foi descrito como uma proposta para se melhorar a qualidade do cuidado prestado por meio do relacionamento dinâmico enfermeiro-paciente (TANNURE; PINHEIRO, 2014).

No Brasil, uma das primeiras enfermeiras a estudar profundamente o processo de enfermagem foi Wanda de Aguiar Horta, onde as reflexões deram início a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, publicada em 1972. O modelo de PE sugerido por Horta é desenvolvido em seis etapas, que consiste em: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, prescrição de enfermagem, evolução de enfermagem e prognóstico de enfermagem (MARINELLI; SILVA; SILVA, 2015).

O COFEN publicou a Resolução 358/2009, que dispõe sobre a SAE e a implementação do PE em todos ambientes em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, incluindo serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, fábricas, entre outros. Conforme essa resolução, o PE deve ser realizado de modo definido e sistemático, e organizado em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, que são: coleta de dados de enfermagem ou histórico de enfermagem; diagnóstico de enfermagem; planejamento da assistência de enfermagem; implementação; e avaliação de enfermagem (BARROS et al., 2015).

A primeira fase do processo é nomeada como coleta de dados ou investigação, tem como objetivo obter dados subjetivos que são adquiridos por meio de perguntas ou instrumento válidos cientificamente que necessita a confirmação da pessoa, já os dados objetivos são investigados pelo enfermeiro através dos seus órgãos do sentido

e com o auxílio de instrumentos específicos como esfigmomanômetro, balança, estetoscópio, termômetro, dentre outros. Na maioria das vezes, realizado na admissão do paciente no serviço, seguindo uma sequência lógica de perguntas e observações e realização do exame físico (BARROS et al., 2015).

Já o diagnóstico de enfermagem é nomeado a segunda etapa do processo de enfermagem. Nessa etapa os dados coletados na investigação são analisados e interpretados. Os diagnósticos de enfermagem baseiam-se tanto nos problemas reais e os problemas que podem vir a surgir e os diagnósticos devem ser identificados e listados em ordem de prioridade, proporcionando um foco central para as etapas seguintes (TUNNERE; PINHEIRO, 2014).

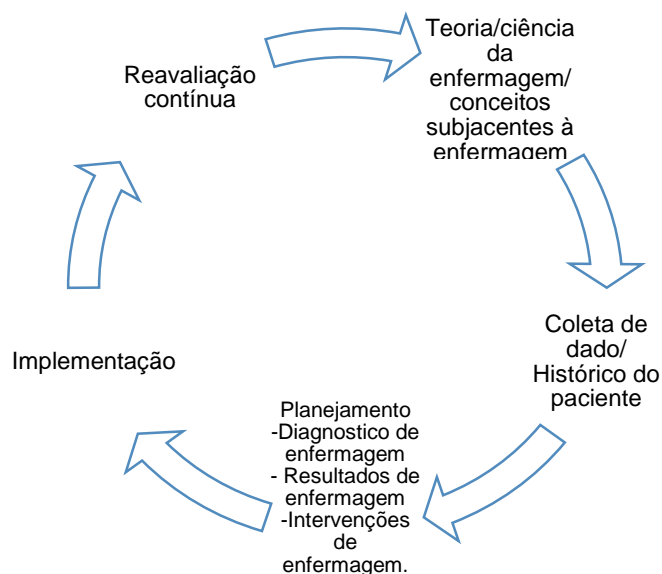
A terceira etapa do processo é conhecida como planejamento, essa etapa determina as prioridades imediatas, estabelece resultados esperados, define as intervenções e individualização do plano de cuidado (CHAVES; SOLAI, 2013).

Quarta etapa do processo é a implementação que nada mais é que a realização das ações e intervenções previamente determinadas pela etapa do planejamento (COFEN, 2009).

A quinta etapa denominada Avaliação de Enfermagem objetiva verificar mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações estão alcançando os resultados esperados (COFEN, 2009).

Herdman e Kamitsuru (2015) abordam um fluxograma do Processo de Enfermagem com o objetivo de facilitar o entendimento das etapas.

Figura 3 – O processo de enfermagem



Fonte: Herdman e Kamitsuru, 2015.

Fuly, Leite e Lima (2008) realizaram uma revisão da literatura após observarem que existem alguns conceitos relacionados ao tema sistematização da assistência, usados de forma conflituosa.

A revisão citada conseguiu identificar uma série de conceitos empregados de forma conflituosa nas literaturas consultadas. Existem três correntes que discordam no emprego desses termos nas publicações atuais: a primeira corrente trata os termos Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), Metodologia da Assistência de Enfermagem (MAE) e Processo de Enfermagem (PE) como termos distintos. A segunda corrente trata Metodologia da Assistência de Enfermagem e Processo de Enfermagem como sendo termos equivalentes. E tem uma terceira corrente afirmando que os três termos são sinônimos (FULY; LEITE; LIMA 2008).

Ainda que a literatura publicada sobre a SAE, apresente um crescimento desde 2000, a mesma ainda apresenta diferença de conceitos que são próprios da prática profissional de enfermagem. Isso se traduz na prática por um enfraquecimento e uma desarticulação da teoria com a prática, fato este que gera conflitos ideológicos que prejudicam não somente o entendimento da prática de enfermagem, como também o ensino das teorias de enfermagem, bem como do processo de enfermagem e da metodologia da assistência (FULY; LEITE; LIMA 2008).

Segundo Chanés (2018) será incorporado mais dois processos, um chamado diagnose, vem após a coleta dos dados, durante essas fase o enfermeiro mapeia todos os DE identificados por meio da interpretação dos dados coletados. Assim, com o julgamento clínico, o enfermeiro interpreta e conclui os DE.

As metas também faz parte das fases novas do processo, tem o objetivo definir um problema ou aceitação de um problema, serve para descrever um proposito, ou que seja alcançar (CHANES, 2018).

2.3 O futuro da Assistência de Enfermagem tendo como aliada a tecnologia

Pissaia, Krieger e Costa (2016) relata que algumas dificuldades são encontradas para o uso de *softwares* nos serviços de saúde, principalmente, por exigirem a realização de reflexões científicas sobre a própria atuação do profissional enquanto parte do processo de cuidado. Em determinados momentos a SAE informatizada pode ser considerada cansativa e desnecessária, mas sua realização confere autonomia e

responsabilização ao enfermeiro, sendo atribuições necessárias para seu reconhecimento.

As dificuldades encontradas na utilização da informática tornaram-se um fato frequente, demonstrando o despreparo com que os profissionais estão exercendo suas atribuições no serviço de saúde em que esta metodologia está sendo empregada. Acredita-se que a melhoria da assistência poderá ocorrer por meio da qualificação profissional durante sua graduação que deve promover a reflexão e problematização da profissão enquanto agente científico atuante na equipe multiprofissional (PISSAIA; KRIEGER; COSTA, 2016).

Os avanços no processo de globalização e a modernização provocaram o desenvolvimento tecnológico e científico na saúde. Um dos principais setores atingidos pelo crescimento do uso das tecnologias da informação e a comunicação é o da saúde. A utilização da tecnologia tem contribuído de forma crescente para a solução de problemas de saúde que antes eram difíceis de serem solucionados com rapidez e segurança (SANTANA et al., 2017).

No Estados Unidos da América, os computadores entraram na área da saúde por meio da enfermagem na assistência hospitalar, como mecanismo de extensa documentação e possíveis benefícios à profissão, na década de 1950. Em meados de 1985, no Brasil, as primeiras utilizações dos recursos da informática na saúde foram direcionadas à área de ensino da enfermagem. Devido a rapidez no armazenamento e processamento de grande quantidade de informações, o uso do computador na área da saúde tem sido cada vez mais frequente e necessário. Por volta de 2021, os departamentos de tecnologia terão de lidar com 150% mais profissionais da área para serem capazes de gerenciar a explosão de dados (DOMINGUES; JESUS; ZEM-MASCARENHAS, 2017).

A evolução das tecnologias computacionais educativas vem auxiliando nas capacitações profissionais, causando um expressivo impacto no processo de ensino e de aprendizagem, tanto no âmbito de formação quanto para a atualização profissional (DOMINGUES; JESUS; ZEM-MASCARENHAS, 2017).

Considerando os benefícios dos avanços da tecnologia móvel na área da saúde e por ser atrativa e presente na rotina da população, calcula-se que o uso de aplicativos como instrumentos para práticas educacionais pode auxiliar no entendimento e desenvolvimento de atividades ligadas a diversos temas do cotidiano dos profissionais da saúde (SANTANA et al., 2017).

A população dos celulares inteligentes, os *smartphones*, tem sido considerada por muitos a revolução tecnológica de maior impacto nos últimos tempos após a resolução causada pela internet e pelas redes sociais (BARRA et al., 2017).

Segundo Tibes, Dias e Zem-Mascarenhas (2014) o crescimento do mercado de aparelhos móveis tem gerado oportunidades comerciais e sociais em diversas áreas. Esse tipo de dispositivo é considerado um computador de bolso com acesso a milhões de aplicativos. Apenas em 2012, mais de 40 bilhões de aplicativos foram baixados nos smartphones e a previsão é de que esse número chegue a 300 bilhões em 2016. Isso se deve principalmente a facilidade com que esses aplicativos podem ser acessados em suas lojas virtuais. Então desenvolver aplicativos móveis é um meio eficaz de disponibilizar a ferramenta e atingir o público-alvo desejado.

No entanto encontra-se disponíveis inúmeros aplicativos com informações desconhecidas e também sem embasamento científico. Assim, a pesquisa tradicional é elemento essencial para a construção de tecnologias novas e de fácil aplicação. Neste sentido esse trabalho se propõe a realizar esse levantamento de dados baseado e validade no científico.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo aplicado, exploratório e documental. A pesquisa aplicada caracteriza-se por sua utilidade prática, uma vez que se destina à criação de recursos que possam ajudar a solucionar problemas identificados (OLIVEIRA et al., 2016b).

A pesquisa exploratória permite uma maior familiaridade com fenômenos pouco conhecidos e obtenção de informações a fim de torná-los mais explícitos (DIAS et al., 2018). Segundo Lacerda e Costenaro (2016, p. 275), “a pesquisa exploratória tem por objetivo desenvolver, explicar e modificar conceitos e ideias para a formulação de abordagens posteriores e tem como alvo proporcionar informações sobre o assunto que se pretende investigar, facilitar a delimitação do tema de pesquisa, orientar a fixação dos objetivos e formulação das hipóteses ou descobrir um novo tipo de enfoque sobre o assunto.”

Já a análise documental engloba identificação, verificação e apreciação de documentos que mantêm relação com o objeto investigado. Sua utilização favorece a observação do processo de maturação ou de evolução de indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos, mentalidades, práticas, entre outros. Tem como objetivo principal contextualizar fatos, situações ou momentos e conduzir à adoção de novos panoramas em outros ambientes, devendo extrair um reflexo objetivo da fonte original, permitir a localização, identificação, organização e avaliação das informações contidas no documento (ANDRADE et al., 2018).

O uso de documentos em pesquisas é valorizado pela riqueza de informações e por ampliar o entendimento sobre o objeto em investigação (ANDRADE et al., 2018). Assim, os dados secundários são informações existentes as quais são utilizadas com o objetivo de complementar novas investigações e geralmente são coletados de banco de dados (SOUZA et al., 2015).

3.2 Local de pesquisa

O estudo foi desenvolvido em um Hospital de Ensino situado no estado do Rio Grande do Sul, vinculado à 13ª Coordenadoria Regional de Saúde – CRS. A referida instituição de saúde é considerada o principal centro de saúde do Vale do Rio Pardo,

prestando atendimento a pacientes internados e ambulatoriais e oferecendo serviços de diagnóstico e tratamento. É um hospital referência na assistência em alta complexidade cardiovascular e também em alta complexidade em traumatologia/ ortopedia e gestação de alto risco.

3.3 Coleta de dados

Por se tratar de uma estudo com fontes de dados secundários, a coleta de dados foi realizada nos registros das evoluções médicas e de enfermagem de pacientes do Sistema Único de Saúde que realizaram os procedimentos cirúrgicos de revascularização do miocárdio e/ou troca valvar.

Para a coleta dos dados foi trabalhado com o recorte de tempo de julho à dezembro de 2017. A coleta de dados ocorreu entre os meses de julho e agosto de 2018.

Foram selecionadas primeiramente 40 prontuários de pacientes, no entanto apenas 31 foram utilizados na pesquisa pois seis eram de pacientes convênio ou particular, dois não realizaram o procedimento naquela internação um prontuário não foi encontrado. Os dados foram coletados no SAME do referido hospital. Após contato prévio com o setor, os responsáveis deixaram a disposição os prontuários para leitura e coleta dos dados necessários. A coleta levou em média 15 dias, nos turnos da manhã e tarde.

3.4 Instrumento para coleta de dados

A coleta de dados foi realizada a partir de um instrumento previamente estruturado elaborado pela autora (APÊNDICE A).

O formulário possui três blocos de informações, “Bloco A” com as caracterização da população do estudo, “Bloco B” com as comorbidades e o “Bloco C” com sinais e sintomas presentes nas evoluções. Para validação do referido formulário foram coletados dados de 5 prontuários que nortearam a pesquisadora para as demais coletas.

3.5 Procedimentos técnicos e éticos

Previamente ao início da coleta dos dados, foi realizado uma ampla revisão e estudo da literatura disponível sobre o tema elencado. Enfatiza-se que foi a partir desta revisão bibliográfica que foi possível desenvolver as etapas de: objetivos, metodologia e até mesmo a construção dos instrumentos de coleta de dados.

Posterior a isso, foi encaminhado a solicitação para autorização da pesquisa à Secretaria de Ensino e Pesquisa do Hospital de Ensino, juntamente com o preenchimento de um Protocolo para Desenvolvimento de Projeto de Pesquisa. Após a aprovação, encaminhou-se a pesquisa para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNISC via Plataforma Brasil, o qual obteve aprovação através do CAEE 93277618.0.0000.5343 e parecer 2.773.923 (ANEXO A).

Somente após o parecer favorável do CEP foi iniciada a coleta de dados, assegurado de maneira veemente a preservação, confidencialidade, anonimato e privacidade da identidade dos registros pesquisados em consonância com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que define a pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012a).

Evidencia-se que todo o material coletado será guardado pelo pesquisador por cinco anos, para a produção de textos científicos e outras pesquisas que se fizerem necessárias, sendo após este período, incinerado.

Para a realização da coleta de dados do referido trabalho não houve necessidade de obter-se o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TLCE), por tratar-se de uma pesquisa com dados secundários; onde não há o contato direto com os pacientes. Desta forma há a necessidade da elaboração de um documento a fim de justificar a ausência do TCLE (APÊNDICE B).

3.6 Critérios de inclusão e exclusão

O processo de coleta de dados iniciou com a criação de um filtro com os critérios de inclusão da pesquisa. Os critérios foram: ter realizado Cirurgia de Revascularização de Miocárdio e/ou Troca Valvar entre 01 de Julho de 2017 à 31 de dezembro de 2017 via Sistema Único de saúde. E o critério de exclusão foi os pacientes que realizaram o procedimento cirúrgico através de convenio ou particular e outros tipos de procedimentos.

3.7 Riscos e benefícios da pesquisa para a instituição

Como possível risco visualiza-se o desconforto para o setor em selecionar e separar os diversos prontuários solicitados.

Acredita-se que a pesquisa trará como benefícios para a instituição a visualização da necessidade de registros mais consistentes a definição dos principais sinais e sintomas que os pacientes cardíacos apresentam durante o seu período peri-operatório, e assim, contribuir para a construção e documentação do Processo de Enfermagem.

3.8 Destruição dos registros

Todo o material coletado será guardado pelo pesquisador por cinco anos, para a produção de textos científicos e outras pesquisas que se fizerem necessárias, sendo após este período, incinerado.

3.9 Devolução dos resultados à Instituição

Após a apresentação do estudo à banca examinadora, será realizada as correções necessárias, e posteriormente será entregue uma cópia de estudo para a instituição participante com a apresentação dos dados ao Serviço de Educação Permanente do hospital.

3.10 Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada após a coleta dos dados obtidos através da leitura dos prontuários. Os dados foram compilados em um banco de dados e armazenados em uma planilha do Excel. Os mesmos foram analisados e organizados em tabelas e gráficos.

A partir disso foram construídos fluxogramas para melhor compreensão do PE. Estes surgiram a partir dos sinais e sintomas encontrados nos registros dos profissionais de saúde. A seguir buscou-se tais sinais/ sintomas nas características definidoras/ fatores relacionados/ fatores de risco descritos no NANDA (2018-2020),

desta forma validando os possíveis DE. Na sequência, foi utilizado o NIC para elencar as principais intervenções.

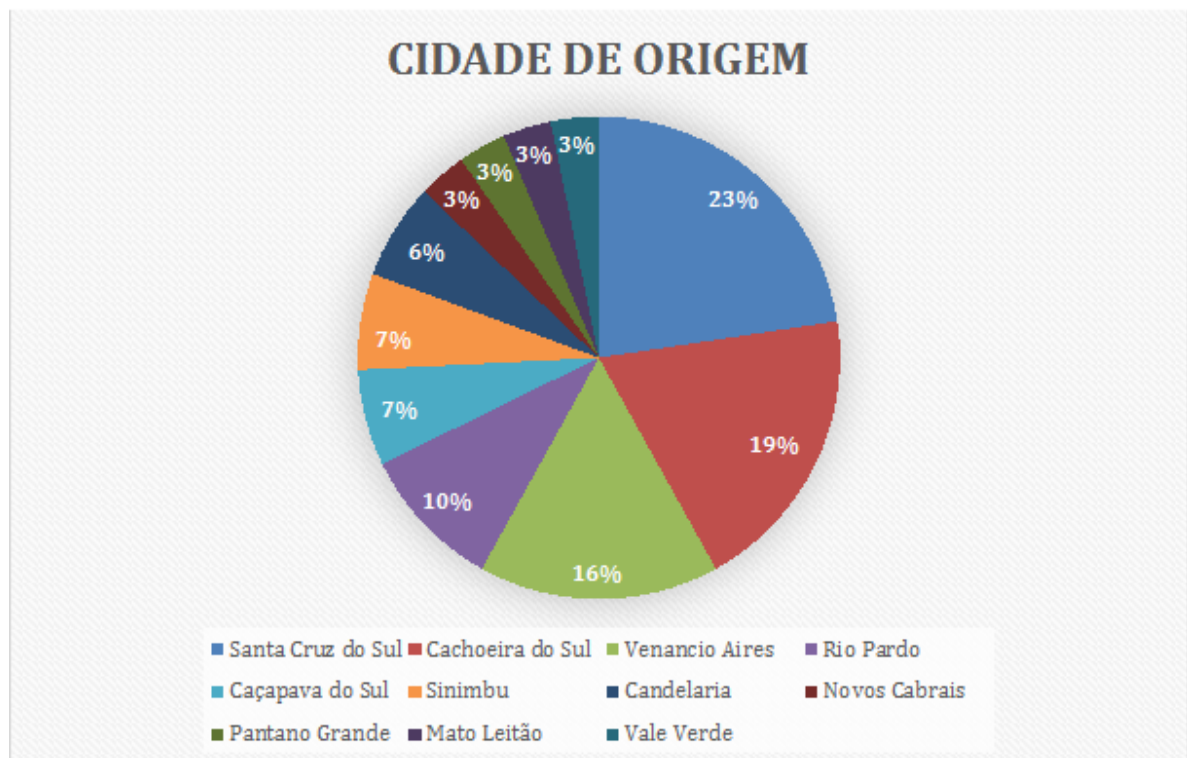
Posteriormente os resultados encontrados foram validados por um software clínico, o qual manteve a mesma estrutura definida anteriormente validando os achados.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

4.1 Bloco A - “Caracterização da população do estudo”

O primeiro eixo de análise é referente ao Bloco A “Caracterização da População do Estudo”, através do qual pretende-se demonstrar um perfil dos usuários do serviço cardíaco.

Figura 4 – Perfil demográfico dos pacientes



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

As cidades que obtiveram maior índice para realização de procedimento foram: Santa Cruz do Sul com 23%, Cachoeira do Sul com 19%, Venâncio Aires com 16% e entre outras. Esses dados se justificam porque o hospital de ensino onde foi realizado a pesquisa e referência para assistência em alta complexidade cardiovascular para os municípios que compõem a 8ª e 13ª coordenadorias de saúde (HOSPITAL SANTA CRUZ, 2017).

O Sistema Único de Saúde (SUS) oferece centros de referência para tratamento das mais diversas especialidades. São clínicas e hospitais públicos e privados que

recebem pacientes encaminhados por outras unidades de saúde da sua região onde é referência (BRASIL, 2012b).

Alguns centros de referência são considerados de alta complexidade como nas áreas de oncologia, neurologia, cardiologia, entre outras, devido ao alto custo dos procedimentos e a necessidade de equipamentos tecnológicos avançados (BRASIL, 2012b).

Quadro 1 – Perfil clínico apresentado pelos pacientes estudados

Tipo de Procedimento	N	(%)
Troca Valvar	15	48,39
CRM	13	41,94
CRM+ Troca Valvar	3	9,68
Sexo		
Masculino	18	58,06
Feminino	13	41,93
Faixa Etária		
30 a 40	1	3,23
41 a 50	6	19,35
51 a 60	7	22,58
61 a 70	12	38,71
71 a 80	5	16,13

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Conforme dados apresentados acima, considerando a distribuição da amostra segundo o sexo no período de tempo estudado, pacientes do sexo masculino, totalizando 58,06% realizaram cirurgia de troca valvar e/ ou revascularização de miocárdio. Podemos observar que a cirurgia cardíaca mais realizada foi troca valvar com 48,39 % e a faixa etária dos pacientes mais submetidos a cirurgia foi de 61 a 70 anos com 38,71 % seguidos dos de 51 a 60 anos com 22,58% anos.

O estudo realizado por Vieira e Soares (2017) mostra que foram realizados 83 procedimentos cirúrgicos cardíacos no ano de 2015 no HUSF, sendo excluído um da análise, pois não foi localizado o prontuário. Dessa forma a amostra foi constituída de 82 procedimentos sendo a maioria cirurgia de RM (80,48%), seguida de trocas valvares (13,41%), RM associada à troca valvar (3,65%) e correção de comunicação interatrial (2,43%). O gênero masculino foi predominante (75,60%), a média de idade foi 62,02 ± 9,9 anos variando de 30 a 79 anos, tendo uma discreta predominância em idosos (51,21%). Podemos observar que a cirurgias mais realizada no estudo de

Vieira e Soares (2017) foi CRM sendo um dado divergente do encontrado nesse estudo. Já o gênero e a faixa etária os dois estudos apresentaram dados semelhantes.

Segundo Janssen et al. (2015) estudos apontam que o sexo masculino e a faixa etária acima de sessenta anos são as mais acometidas pela DAC, confirmando que a incidência de DAC aumenta com o envelhecimento do ser humano.

Segundo Rosier et al. (2016) apud Sociedade Brasileira de Cardiologia, a RM é uma das cirurgias cardíacas mais realizadas em todo o mundo quando comparada a outros procedimentos, como troca ou plástica de válvulas e correção de aneurisma de aorta. Essa maior frequência comparada a Troca valvar (TV) está relacionada à alta prevalência da doença arterial coronariana (DAC) no Brasil, sendo esta patologia considerada uma das maiores causas de mortalidade e que possui como tratamento cirúrgico a RM (ROSIER et al., 2016).

Já na pesquisa realizada foi possível observar que as Troca Valvar (48,39%) é mais frequente que a CRM (41,94%) dado divergente do encontrado na literaturas estudadas, mas sem diferença significativa, pois o período da coleta foi curto e pode estar relacionado as características do serviço.

4.2 Bloco B - “Comorbidades prevalentes dos pacientes estudados”

Quadro 2 – Perfil das comorbidades cardiovasculares dos pacientes estudados

Comorbidades	Nº total (%)	F (%)	M (%)
HAS	22 (70.97)	9 (29.03)	13 (41.94)
IAM	10 (32.26)	3 (9.68)	7 (22.58)
Dislipidemia	9 (29.03)	2 (6.45)	7 (22.58)
DM	8 (25.81)	3 (9.68)	5 (16.13)
Tabagismo	6 (19.35)	1 (3.23)	5 (16.13)
Cardiopatia Isquêmica	6 (19.35)	0	6 (19.35)
Hipotireoidismo	4 (12.90)	2 (6.45)	2 (6.45)
Estenose aórtica	4 (12.90)	3 (9.68)	1 (3.23)
ICC	3 (9.68)	1(3.23)	2 (6.45)
Angina Instável	3 (9.68)	1(3.23)	2 (6.45)

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Em relação ao perfil clínico foram identificadas as comorbidades prevalentes: Hipertensão arterial sistêmica - HAS (70.97%), infarto agudo do miocárdio- IAM prévio (32.26%), Dislipidemia (29.03%), Diabetes mellitus- DM (25.81%), tabagismo (19.35%), Hipotireoidismo (12.90%), estenose aórtica (12.90%), insuficiência cardíaca crônica- ICC (9.68%) e Angina Instável (9.68%).

Um estudo de análise de prontuários de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio no período de 2011 a 2013 do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA). Observou em relação ao perfil clínico foram identificadas comorbidades como: hipertensão arterial sistêmica-HAS (87,1%), diabetes mellitus-DM (44,2%), doença pulmonar obstrutiva crônica-DPOC (2,8%), dislipidemia (18,5%), tabagismo e/ou etilismo - (30,0%), infarto agudo do miocárdio-IAM (12,8%), obesidade (4,2%) e antecedentes familiares de outras doenças cardíacas (15,7%). Foi predominante a HAS, definida como o principal fator de risco para a morbimortalidade por DAC (JANSSEN et al., 2015). Através da análise desse estudo percebemos que a maiorias das comorbidades encontradas se coincidem.

A doença cardíaca hoje é considerada um problema importante de saúde pública. Fatores como a industrialização e a urbanização implicaram mudanças na dieta alimentar, aumento do tabagismo, sedentarismo e obesidade. O resultado desse processo é o desenvolvimento da hipertensão arterial, diabete e doença das artérias coronárias, sendo a insuficiência cardíaca a via final dessas e de outras doenças (ROSIER et al., 2016).

Elevados níveis de pressão arterial aumentam a probabilidade do indivíduo evoluir para uma doença cardíaca. A diabetes mostra-se prevalente em pacientes com doenças cardíacas indicando uma frequente comorbidade. Até nos pacientes diabéticos que controlam os níveis glicêmicos existem alterações significativas nos níveis séricos das frações dos lipídios, triglicerídeos e do colesterol total. Embora o risco de desenvolvimento de DAC aumente com a intensidade da dislipidemia, sabe-se que principalmente às leves e moderadas alterações é onde se enquadram 80% dos pacientes com IAM e com antecedentes de hipertensão e/ou diabetes (JANSSEN et al., 2015).

Podemos observar que o sexo Masculino foi o que mais apresentou comorbidades, pode estar relacionado a negligencia dos homens com a saúde preventiva é um fato comum encontrado, isso está refletindo diretamente em maiores

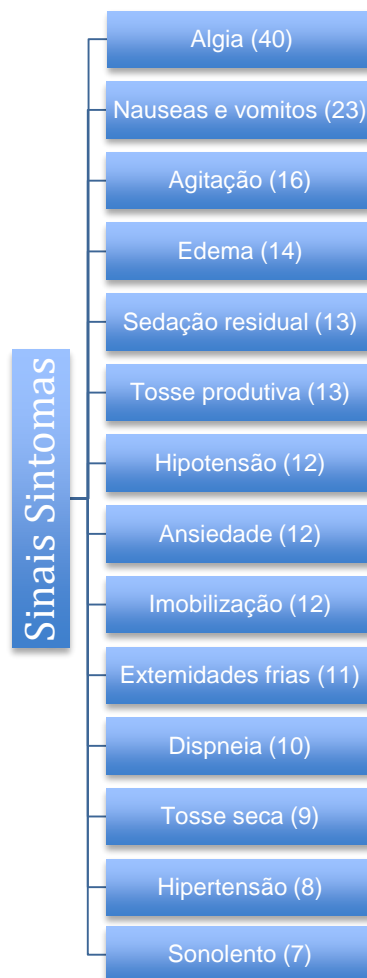
índices de mortalidade e morbidade destes em relação as mulheres (MARIANO et al., 2018).

As mulheres aprendem desde muito cedo que é necessário e importante fazer acompanhamento médico investindo na prevenção de doenças e promoção de saúde. Os homens entendem e percebem as saúde pública como espaços dominados por mulheres com equipes majoritariamente composta pelo sexo feminino e que na grande maioria das vezes não desenvolvem ações e programas voltados para a atenção do homem (ANTONIAZZI, 2017).

4.3 Bloco C - “Sinais e sintomas dos pacientes com DCV”

Após exaustiva leitura das evoluções obteve-se quatorze sinais e sintomas, no entanto para esse trabalho elegeu-se os dez mais prevalentes (figura 5).

Figura 5 – Sinais e sintomas mais frequentes durante o pós operatório



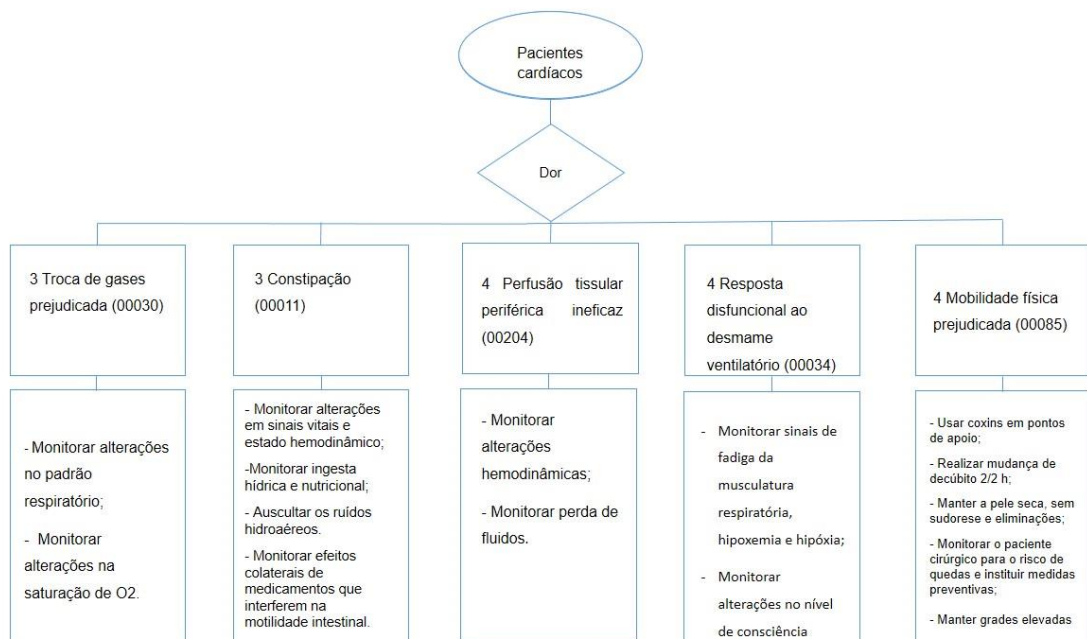
Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Os sinais e sintomas mais prevalentes passam a gerar os fluxogramas para o PE, conforme segue:

A dor (fluxograma 1) é um fato comum vivenciado em todas as faixas etárias, níveis socioeconômicos e aguardado em casos de intervenção cirúrgica. O autor mostra que a dor pós-operatória é o resultado do trauma cirúrgico e possui o objetivo de proteger e sinalizando ao organismo que tem uma lesão (SANTOS et al., 2018).

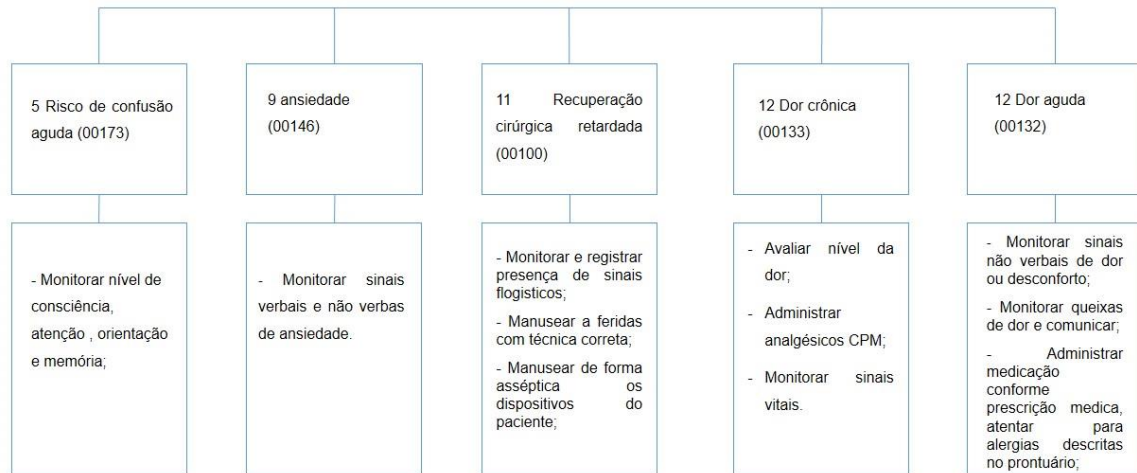
Embora a dor seja comum após a cirurgia, muitas vezes está relacionada a dor no local da cirúrgica, no local de inserção dos drenos, nos membros inferiores, da intubação endotraqueal ou da imobilidade no leito prejudicada devido à restrição de movimentos após a cirurgia, ela interfere diretamente nos padrões de sono, repouso e conforto refletindo de forma negativa na evolução e recuperação do paciente (MURAKAMI et al., 2017)

Fluxograma 1 – Processo de Enfermagem- Dor



Continua

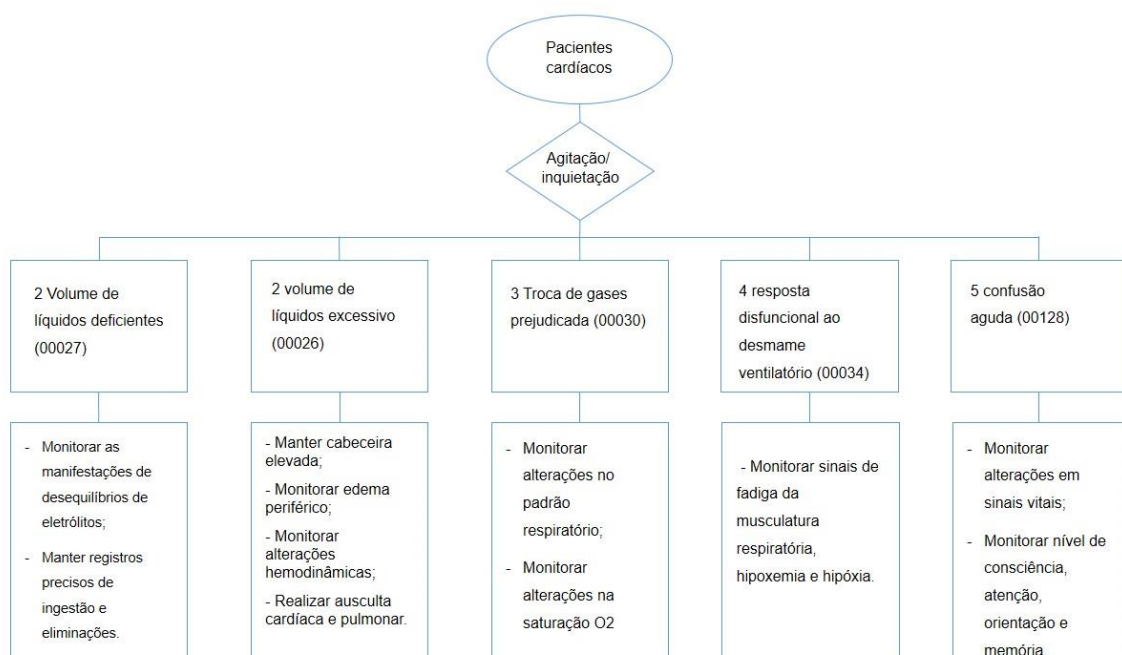
Continuação



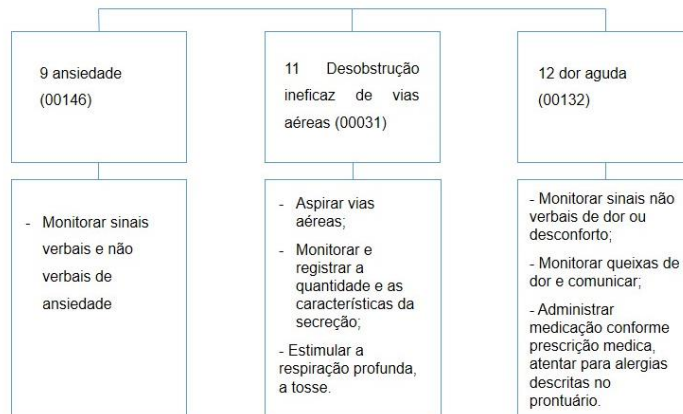
Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

A agitação (fluxograma 2) no pós operatório é uma manifestação do Sistema Nervoso Central devido a oxigenação inadequada, devido a isso, deve manter uma monitorização contínua da oximetria e qualquer evidência de comprometimento respiratório requer intervenções imediatas evitando complicações graves (LEWIS et al., 2013).

Fluxograma 2 – Processo de Enfermagem- Agitação/ Inquietação



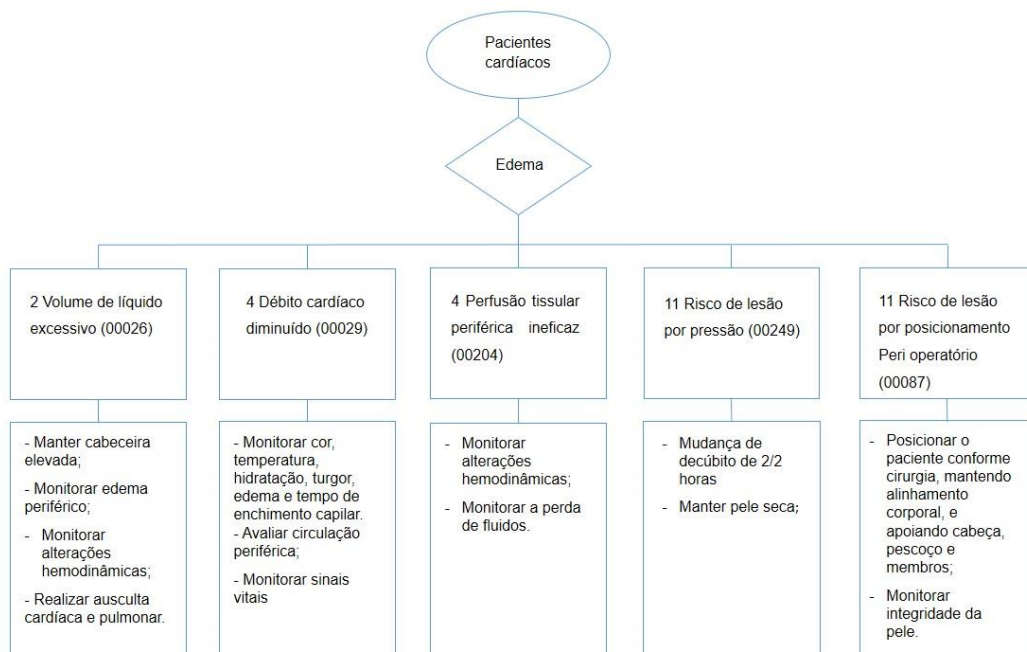
Continua



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

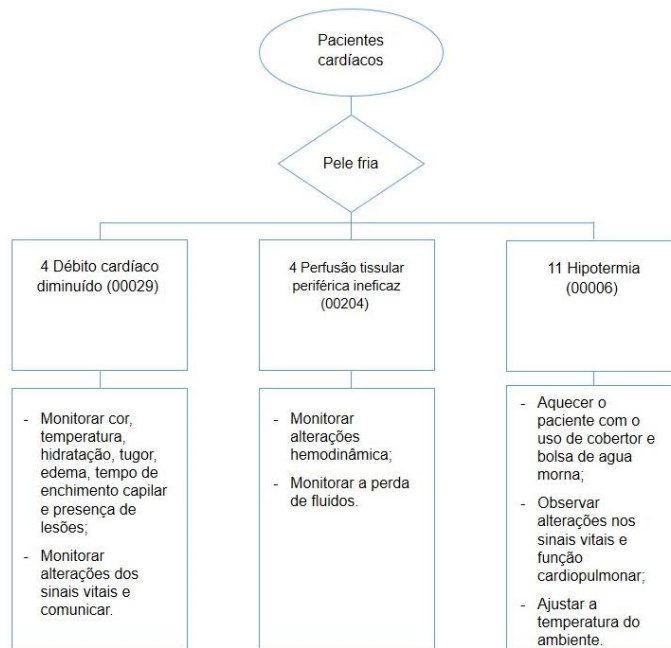
No pós-operatório, os sinais de edema (fluxograma 3) e pele fria (fluxograma 4) significam uma redução de fluxo sanguíneo, diminuição da temperatura e interferência no transporte de oxigênio que compromete na nutrição dos tecidos em formação (MORAIS; NOBREGA; CARVALHO, 2018).

Fluxograma 3 – Processo de Enfermagem- Edema



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

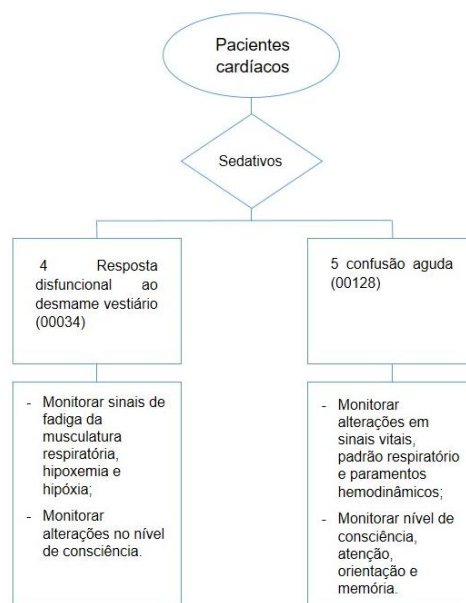
Fluxograma 4 – Processo de Enfermagem- Pele fria



Fonte: Dados da pesquisa, 2018

A sedação residual (fluxograma 5) é resultado dos efeitos dos sedativos utilizados durante a anestesia, apresenta uma forte relação com os delírios no pós operatório e muitas vezes é culpado do retardo da extubação (LORENTZ; MESQUITA, 2012).

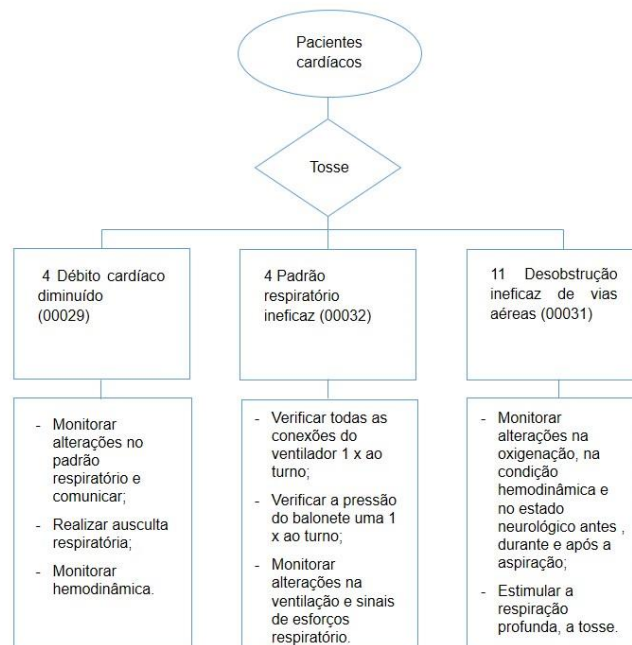
Fluxograma 5 – Processo de Enfermagem- Sedativos



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Segundo Santos et al. (2017) a tosse (fluxograma 6) é uma das formas de defesa pulmonar e tem como objetivo manter limpas as vias aéreas. É responsável pela remoção de secreções excessivas, corpos estranhos e organismos infecciosos do trato respiratório, sendo assim podendo acarretar problemas pulmonares.

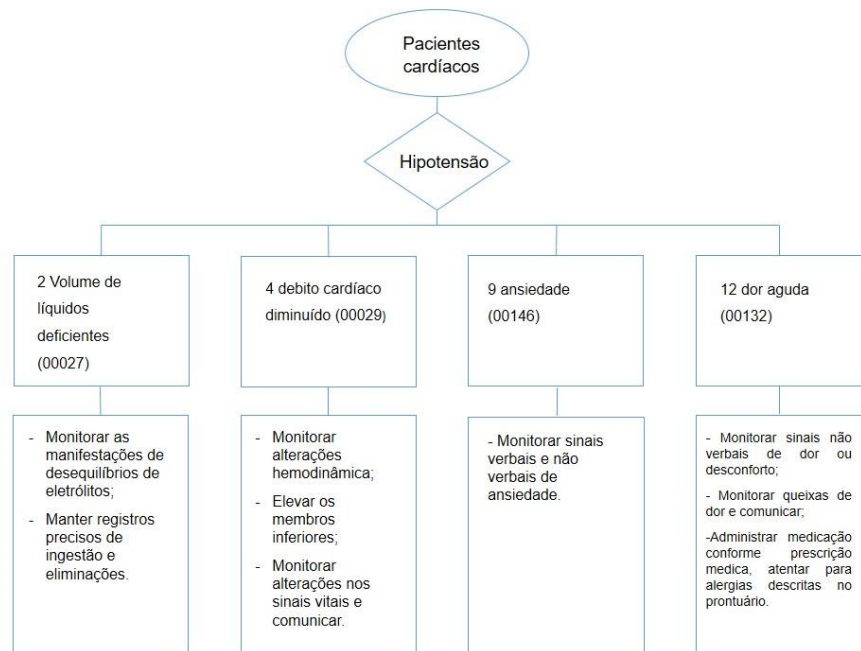
Fluxograma 6 – Processo de Enfermagem- Tosse



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

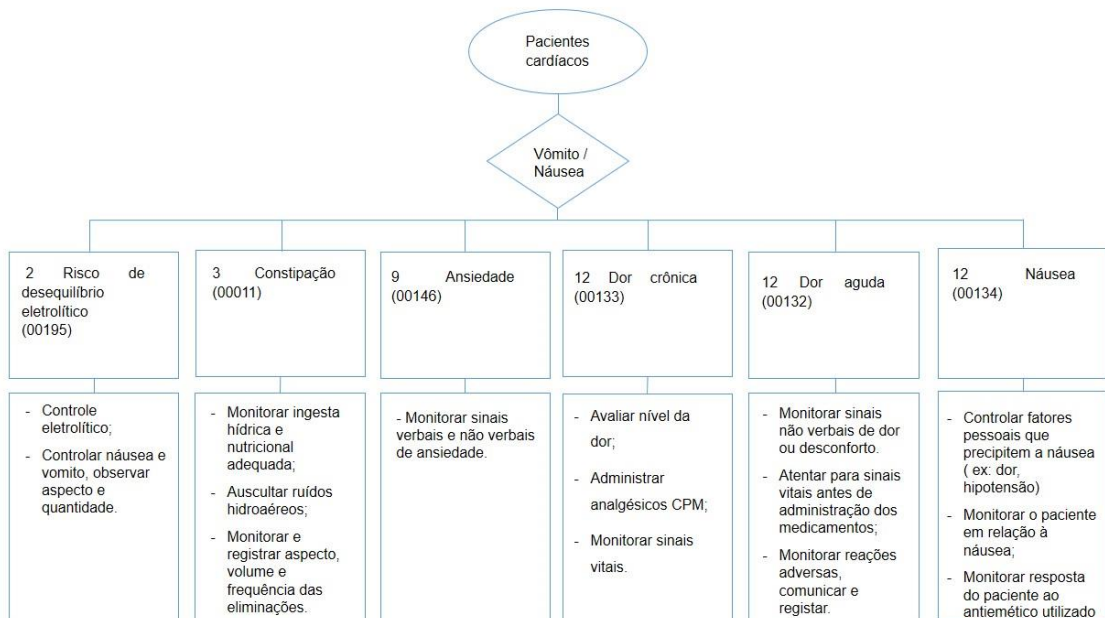
A hipotensão (fluxograma 7) é uma das complicações cardiovasculares mais comuns no pós-operatório, relacionada na maioria das vezes pela perda sanguínea, hipoventilação, mudanças de posição ou efeitos colaterais de medicamentos e anestésicos. Náuseas e vômito (fluxograma 8) também são complicações frequentes e podem ser aliviados por identificação do fator causador como distensão gástrica, hipotensão, administração de narcóticos e entre outros (PACZEK et al., 2018).

Fluxograma 7 – Processo de Enfermagem- Hipotensão



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Fluxograma 8 – Processo de Enfermagem- Vômito/ Náusea

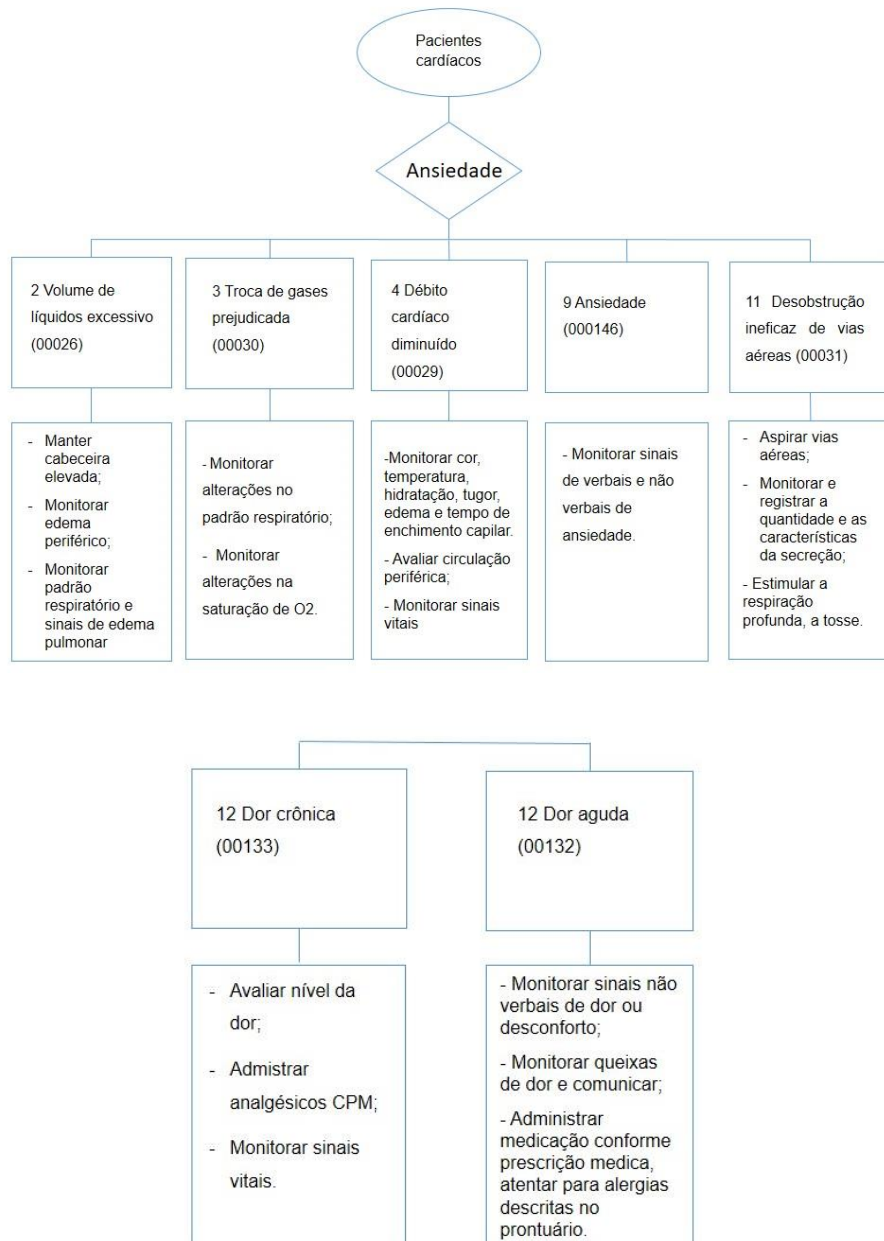


Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

No estudo realizado por Kazitani et al. (2018) os pacientes que realizam à primeira cirurgia cardíaca mostrar-se mais ansiosos (fluxograma 9) e depressivos. Esses sintomas podem estar relacionada à piora na recuperação pós-operatória, com

períodos de internação prolongados, maior número de reinternação e necessidade de repetição de procedimentos cirúrgicos. Deste modo, a identificação precoce e o tratamento dos sintomas de ansiedade e depressão favorecem para a recuperação fisiológica e reabilitação psicossocial após a cirurgia cardíaca.

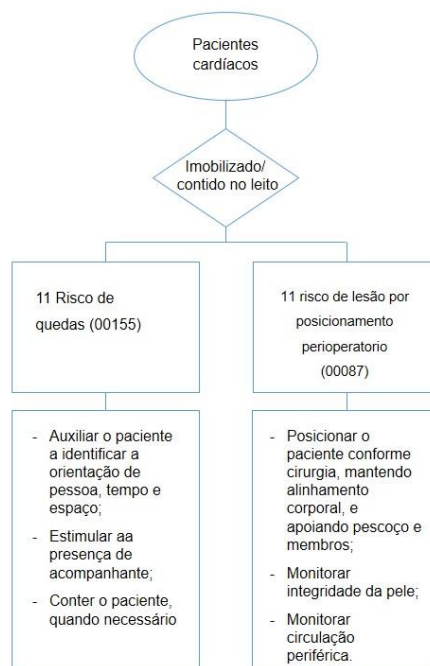
Fluxograma 9 – Processo de Enfermagem- Ansiedade



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

A imobilização no leito (fluxograma 10) pode trazer várias consequências negativas como fraqueza da musculatura esquelética, podendo evoluir para a perda de suas funções. Pois os músculos são acionados com menor frequência, mas em algumas situações, principalmente nas Unidades de terapia intensivas e nos pós-operatório imediatos, a contenção é utilizado para evitar problemas maiores, como queda do leito, retirada de sondas, drenos e entre outras (PINHEIRO, 2017).

Fluxograma 10 – Processo de Enfermagem- Imobilização/ Contido no leito



Fonte: Dados da pesquisa, 2018

Os fluxogramas estabelecidos a partir dos sinais e sintoma mostra o quanto o enfermeiro precisa ter habilidade na avaliação clínica deste paciente, afim de conseguir estabelecer o processo de enfermagem adequado e individualizado as necessidades de cada paciente.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após análise dos dados coletados para o presente estudo, verificou-se que o perfil dos pacientes que utilizam o serviço de referência cardiovascular do hospital estudado são homens, entre a 61-70 anos, residentes em Santa Cruz do Sul (RS), sendo que em sua maioria, a cirurgia de troca valvar. Vale destacar também que há uma pequena diferença entre a população que realizaram TV e CRM. As comorbidades associadas aos pacientes estudados foram HAS, IAM, dislipidemia dentre outras relacionadas as doenças cardiovasculares.

No pós operatório obteve-se como sinais e sintomas mais prevalentes, algia, náusea/ vômito, agitação, edema, sedação residual, tosse produtiva, hipotensão, ansiedade, imobilização e extremidades frias. Assim, após a compilação dos sinais e sintomas selecionou-se os diagnósticos mais adequados para a população do estudo, bem como, as principais intervenções de enfermagem.

O PE pode-se perceber como algo muito complexo, demandando tempo e recursos humanos em número adequado para cada unidade. Para construção do mesmo é preciso de uma coleta de dados bem elaborada, tendo um olhar clínico para elencar os principais diagnóstico e as intervenções adequadas para cada paciente.

Espera-se que os fluxogramas elaborados sirvam para nortear e facilitar o trabalho da equipe de enfermagem. A credita-se que sejam uma forma rápida de visualizar os diagnósticos e as intervenções para cada sinal e sintoma, possibilitando a implementação do PE no sistema hospitalar.

As dificuldades encontradas para elaborar essa pesquisa constaram em evoluções de enfermagem pouco completas ou até mesmo repetidas de um turno para outro, dificultando a coleta dos dados e o reconhecimento dos sinais e sintomas para aquele período de internação do paciente. Acredita-se que tal dado está relacionado a carga de trabalho, a um número deficiente de funcionários e/ ou falta de preparo e olhar clínico para a coleta de dados. Espera-se que os achados desta pesquisa possam contribuir para a revisão de alguns processos, a fim de que dados mais fidedignos possam ser coletados otimizando a assistência ao paciente e colaborando com pesquisas futuras.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, S. R. et al. Análise documental nas teses de enfermagem: técnica de coleta de dados e método de pesquisa. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 23, n. 1, e53598, 2018. Disponível em: <<http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wp-content/uploads/sites/28/2018/02/53598-222653-1-PB.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2018.
- ANTONIAZZI, Viviany Avila. *Perfil epidemiológico de pacientes atendidos no pronto atendimento de um hospital de ensino*. 2017. Monografia (Curso de Enfermagem) – Universidade de Santa Cruz do Sul, 2017. Disponível em: <<https://repositorio.unisc.br/jspui/handle/11624/1912>>. Acesso em: 08 out. 2018.
- BARRA, D. C. C. et al. Métodos para desenvolvimento de aplicativos móveis em saúde: revisão integrativa da literatura. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 26, n. 4, e2260017, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n4/0104-0707-tce-26-04-e2260017.pdf>>. Acesso em: 10 de abril 2018.
- BARROS, A. L. B. L. et al. *Processo de enfermagem: guia para a prática*. São Paulo: COREN-SP, 2015. Disponível em: <<http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/SAE-web.pdf>>. Acesso em: 04 de março 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução N°466/12, de 12 de dezembro de 2012. Define as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 2012a. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 12 de abril 2018.
- BRASIL. Conheça alguns dos principais hospitais de referência do País. Abril de 2012b. Disponível em: <<https://www.brasil.gov.br/noticias/saude/2012/04/conheca-alguns-dos-principais-hospitais-de-referencia-do-pais>>. Acesso em: 15 nov 2018.
- CANI, K. C. et al. Características clínicas de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio. *ASSOBRAFIR Ciência*, [S.l.], v. 6, n. 3, p. 43-54, 2016. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/rebrafis/article/view/21754/17846>>. Acesso em: 03 de outubro 2018.
- CHANES, Marcelo. *SAE descomplicada: sistematização da assistência de enfermagem*. 1ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2018.
- CHAVES, L. D.; SOLAI, C. A. *Sistematização da Assistência de enfermagem Considerações Teóricas e aplicabilidade*. 2ed. São Paulo: Martinari, 2013.
- COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.

Disponível em: <http://www.coren-ro.org.br/resolucao-cofen-3582009_2114.html>. Acesso em: 07 de março 2018.

CORDEIRO, A. L. et al. Características clínicas e cirúrgicas de idosos submetidos a cirurgia cardíaca. *Revista Pesquisa em Fisioterapia*, Salvador, v. 7, n. 1, p. 30-35, 2017. Disponível em: <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/fisioterapia/article/view/1184>>. Acesso em: 31 de maio 2018.

DIAS, J. D. et al. Humanização e ética na graduação da área da saúde: uma pesquisa documental dos projetos pedagógicos. *Revista Uningá Review*, [S.l.], v. 25, n. 2, p. 33-37, 2018. Disponível em: <<http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1764>>. Acesso em: 30 maio 2018.

DOMINGUES, A. N.; JESUS, I. T. M.; ZEM-MASCARENHAS, S. H. Informática na Educação em Saúde e Enfermagem: análise dos grupos de pesquisa. *Journal of health informatics*, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 19-24, 2017. Disponível em: <<http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/460/301>>. Acesso em: 07 de abril 2018.

FULLY, P. S. C.; LEITE, J. L.; LIMA, S. B. S. Correntes de pensamento nacionais sobre sistematização da assistência de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 61, n. 6, p. 883-887, 2008. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/2670/267019603015/>>. Acesso em: 14 de maio 2018.

GALDEANO, L. E. et al. Diagnóstico de enfermagem de pacientes no período transoperatório de cirurgia cardíaca. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, p. 199-206, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n2/v11n2a09>>. Acesso em: 31 de maio 2018.

GIEHL, C. T. et al. A equipe de enfermagem frente ao processo de implantação da sistematização de assistência de enfermagem. *Revista de enfermagem e atenção a saúde*, Uberaba, v. 5, n. 2, p. 87-95, 2016. Disponível em: <<http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1621>>. Acesso em: 20 de março 2018.

HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S. (Org.). North American Nursing Diagnosis Association. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação: 2018-2020*. 10ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

HINKLE, J. L.; CHEEVER, K. H. *Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 13ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

HOSPITAL SANTA CRUZ. O hospital. Atualizado em março de 2017. Disponível em: <<http://www.hospitalstacruz.com.br/sobre/>>. Acesso em: 05 de junho 2018.

JANSSEN, A. M. S. et al. Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio. *Revista de Pesquisa em Saúde*, São Luís, v. 16, n. 1, p. 29-33, 2015. Disponível em:

<<http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/4073>>. Acesso em: 03 jun. 2018.

KAZITANI, B. S. et al. Ansiedade e depressão pré-operatória: diferenças entre pacientes submetidos à primeira cirurgia cardíaca. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, Fortaleza, v. 19, e3079, 2018. Disponível em: <<http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/31323/pdf>>. Acesso em: 23 out. 2018.

KIRCHESCH, Cryshna Leticia. Estratégias para implementar a sistematização da assistência de enfermagem nos serviços de saúde: revisão integrativa. *Revista interdisciplinar*, [S.l.], v. 9, n. 4, p. 173-180, 2016. Disponível em: <<https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/1100>>. Acesso em: 20 de março 2018.

LACERDA, M. R.; COSTENARO, R. G. S. (Org.). *Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática*. 1ed. Porto Alegre: Moriá Editora, 2016.

LEWIS, S. M. et al. *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica: avaliação e assistência dos problemas clínicos*. 8. ed. Rio de Janeiro: Mosby Elsevier, 2013.

LORENTZ, M. N.; MESQUITA, R. F. Delírio pós-operatório. *Revista Médica de Minas Gerais*, Belo Horizonte, v. 22, suppl. 4, p. 12-19, 2012. Disponível em: <<http://rmmg.org/artigo/detalhes/724>>. Acesso em: 16 nov. 2018.

MARIANO, T. E. et al. Perfil valorativo e saúde geral de homens usuários da Atenção Básica. *Revista de Psicologia da IMED*, Passo Fundo, v. 10, n. 1, p. 108-124, 2018. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6548880>>. Acesso em: .

MARINELLI, N. P.; SILVA, A. R. A.; SILVA, D. N. O. Sistematização da assistência de enfermagem: desafios da implementação. *Revista Enfermagem Contemporânea*, Salvador, v. 4, n. 2, p. 254-263, 2015. Disponível em: <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/523/0>>. Acesso em: 11 de novembro 2018.

MORAIS, S. C. R. V.; NÓBREGA, M. M. L.; CARVALHO, E. C. Mapeamento cruzado de resultados e intervenções de enfermagem: contribuição para a prática. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 71, n. 4, p. 1994-2001, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n4/pt_0034-7167-reben-71-04-1883.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2018.

MURAKAMI, A. L. et al. Prescrições de Enfermagem prevalentes no pós-operatório de cirurgia cardíaca de um hospital universitário. *Perspectivas Experimentais e Clínicas, Inovações Biomédicas e Educação em Saúde*, Campo Grande, v. 3, n. 2, p. 30-40, 2017. Disponível em: <<http://www.seer.ufms.br/ojs/index.php/pecibes/article/view/2933>>. Acesso em: 14 out. 2018.

OLIVEIRA, D. C. et al. Educação em saúde na prevenção de doenças cardiovasculares: um estudo de intervenção. *Revista Diálogos Acadêmicos*,

Fortaleza, v. 5, n. 1, p. 3-13, 2016a. Disponível em: <<http://revista.fametro.com.br/index.php/RDA/article/view/109>>. Acesso em: 05 nov. 2018.

OLIVEIRA, R. M. et al. Desenvolvimento do aplicativo TabacoQuest para informatização de coleta de dados sobre tabagismo na enfermagem psiquiátrica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 24, e2726, 2016b. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/2814/281449727016.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2018.

PACZEK, R. S. et al. Assistência da equipe de enfermagem nas principais complicações na sala de recuperação pós-anestésica. In: SEMANA DE ENFERMAGEM, 29., 2018, Porto Alegre. Anais - *Liderança sustentável e comprometida com o direito humano à saúde: desafios da Enfermagem*. Porto Alegre: HCPA, UFRGS, Escola de Enfermagem, p. 55, 2018. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/182767/001074909.pdf?sequenc e=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 14 de outubro 2018.

PEREIRA, J. M. V. et al. Diagnósticos de enfermagem de pacientes hospitalizados com doenças cardiovasculares. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 737-45, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n4/a12v15n4>>. Acesso em: 26 de maio 2018.

PINHEIRO, Thaynara Alves da Silva. Mobilização precoce nos pacientes em uso de ventilação mecânica invasiva na unidade de terapia intensiva. 2017. Disponível em: <<http://repositorio.pgsskroton.com.br/bitstream/123456789/15344/1/THAYNARA%20ALVES%20DA%20SILVA%20PINHEIRO.pdf>>. Acesso em: 07 nov. 2018.

PISSAIA, L. F.; KRIEGER, G. A.; COSTA, A. E. K. Informática em saúde: relato da implantação da sistematização da assistência de enfermagem em um hospital do Vale do Taquari/RS, Brasil. *Revista saúde.com*, [S.l.], v. 12, n. 4, p. 705-710, 2016. Disponível em: <<http://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/440>>. Acesso em: 10 de abril 2018.

ROCHA, R. M.; MARTINS, W. A. *Manual de prevenção cardiovascular*. 1 ed. São Paulo: Planmark; Rio de Janeiro: SOCERJ - Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://socerj.org.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual_de_Prevencao_Cardiovascular_SOCERJ.pdf>. Acesso em: 27 de agosto 2018.

ROSIER, G. L. et al. Revascularização miocárdica e troca valvar: comparação no perfil dos indivíduos. *Revista de Saúde HSI*, Salvador, v. 3, n. 4, p. 46-50, 2016.

SANTANA, A. C. S. et al. Processo de criação de um aplicativo móvel na área de terapia intensiva e sua aplicabilidade na enfermagem: um relato de experiência. *International Nursing Congress*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 12, 2017. Disponível em: <<https://eventos.set.edu.br/index.php/cie/article/viewFile/5660/2344>>. Acesso em: 07 de abril 2018.

SANTOS, F. D. R. P. et al. Medo da tosse em pacientes no pós-operatório de cirurgia torácica e abdominal. *Revista Ciência em Extensão*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 83-88, 2017. Disponível em: <http://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/view/1249/1376>. Acesso em: 16 out. 2018.

SANTOS, M. L. et al. Atuação da enfermagem diante da dor em uma sala de recuperação pós-anestésica. *Revista Multidisciplinar do Amapá*, Macapá, v. 1, n. 1, p. 128-138, 2018. Disponível em: <<http://periodicos.ifap.edu.br/index.php/REMAP/article/view/174>>. Acesso em: 16 out. 2018.

SILVA, E. R. R. et al. *Diagnóstico de enfermagem com base em sinais e sintomas*. 1ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

SILVA, L. L. T. et al. Cuidados de enfermagem nas complicações no pós-operatório de cirurgia de revascularização do miocárdio. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, v. 31, n. 3, e20181, 2017. Disponível em: <<https://rigs.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/20181>>. Acesso em: 16 out. 2018.

SOUZA, L. M. et al. Adesão dos profissionais de terapia intensiva aos cinco momentos da higienização das mãos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 36, n. 4, p. 21-28, 2015. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/49090/35654>>. Acesso em: 27 de setembro 2018.

TANNURE, M. C.; PINHEIRO, A. M. *Sistematização da assistência de enfermagem: guia prático*. 2ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

TIBES, C. M. S.; DIAS, J. D.; ZEM-MASCARENHAS, S. H. Aplicativos móveis desenvolvidos para a área da saúde no Brasil: revisão integrativa da literatura. *Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, v. 18, n. 2, p. 471-478, 2014. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/940>>. Acesso em: 10 de abril 2018.

VIEIRA, C. A. C.; SOARES, A. J. C. Perfil clínico e epidemiológico dos pacientes que realizaram cirurgia cardíaca no hospital sul fluminense–HUSF. *Revista de Saúde*, Vassouras, v. 8, n. 1, p. 03-07, 2017. Disponível em: <<http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RS/article/view/607>> Acesso em: 10 de outubro 2018.

APÊNDICE A – Formulário de coleta de dados

BLOCO A – CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DO ESTUDO		
Número de identificação do prontuário: _____		
Cidade de origem: _____		
Sexo: () Feminino () Masculino		
Idade: _____		
Tipo de procedimento: () Revascularização do Miocárdio	() Troca de válvula	Outro: _____
Quanto tempo já estava na fila para realizar esse procedimento? _____		
Procedimentos anteriores? () Sim () Não	Qual? _____	Quando? _____
BLOCO B - COMORBIDADES		
() HAS () Diabetes () Dislipidemia () Tabagistas () Doenças vasculares periféricas () Outras: _____		
Sinais de infecção: _____	() Sim Qual? _____	() Não
Re intervenção no período de internação?	() Sim	() Não
Re internação na UTI?	() Sim	() Não
BLOCO C – SINAIS E SINTOMAS PRESENTES NAS EVOLUÇÕES		
Dia (data)	Evolução Medica	Evolução de enfermagem

APÊNDICE B - Justificativa de ausência do Termo de Consentimento livre e esclarecido (TCLE)

TÍTULO DA PESQUISA: A APLICABILIDADE DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM PACIENTES CARDÍACOS

Vimos através desse, solicitar perante este Comitê de Ética em Pesquisa a dispensa da utilização do TCLE na realização deste estudo, pois o mesmo utilizará dados secundários oriundos de prontuários hospitalares físicos.

Tendo em vista que o número de prontuários a serem examinados será bastante extenso, inviabilizando a solicitação consentimento individual aos participantes, somado ao fato de que, será solicitado permissão ao Comitê de Ética do HSC para acesso aos documentos, acreditamos estar cumprindo com os preceitos éticos regulados pelas Diretrizes e Normas de Pesquisa em Seres Humanos, através da Resolução nº 466/12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Ainda em consonância com a Resolução acima, será assegurado a confidencialidade, o anonimato e a privacidade de identidade dos participantes.

Pressupõe-se que haverá benefícios diretos e indiretos a instituição participante do estudo a partir do momento em que o tema passa a ser conhecido, discutido e analisado na academia e nos serviço de saúde. Não visualiza-se riscos ao participante.

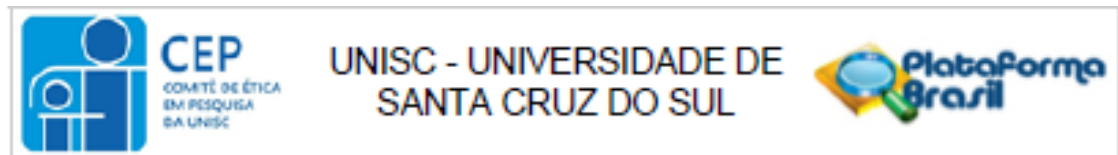
Santa Cruz do Sul, 18 de junho de 2017.

Atenciosamente,

Kênia Cândido Dagostin
Acadêmica de Enfermagem- UNISC

Prof^ª. Enf^ª. Ms. Daiana Klein Weber
Orientadora

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A APLICABILIDADE DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM PACIENTES

Pesquisador: Dalana Klein Weber Carlissimi

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 93277618.0.0000.5343

Instituição Proponente: Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.773.923

Apresentação do Projeto:

Kênia Cândido Dagostin

A APLICABILIDADE DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM PACIENTES CARDÍACOS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profª Enfª Ms. Dalana Klein Weber Carlissimi

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Elaborar um fluxograma do Processo de Enfermagem para pacientes cardíacos.

Objetivo Secundário:

Identificar sinais e sintomas relacionados aos pacientes cardíacos;

Determinar os diagnósticos de enfermagem para pacientes cardíacos baseados no levantamento de sinais e sintomas;

Propor intervenções para os diagnósticos elencados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Como possível riscos a Instituição poderá identificar que as evoluções não possuem os registros

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603

Bairro: Universitário **CEP:** 96.815-900

UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL

Telefone: (51)3717-7680

E-mail: cep@unisc.br



UNISC - UNIVERSIDADE DE
SANTA CRUZ DO SUL



Continuação do Parecer: 2.773.923

Ideais e necessários para o Processo de Enfermagem.

Benefícios:

Acredita-se que a pesquisa trará como benefício para a instituição a definição dos principais sinais e sintomas que os pacientes cardíacos apresentam durante o seu período peri-operatório, e assim, poderão contribuir para a construção e documentação do Processo de Enfermagem.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

5.3 Coleta de dados

Por se tratar de uma estudo com fontes de dados secundários, a coleta de dados será realizada nos registros das evoluções médicas e de enfermagem de pacientes do Sistema Único de Saúde que realizaram os procedimentos cirúrgicos de revascularização do miocárdio e/ou troca valvar. Para a coleta dos dados será trabalhado com o recorde de tempo de Julho a dezembro de 2017.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Carta de apresentação do projeto: OK.

Carta de Aceite: OK.

Folha de Rosto: OK.

Orçamento: OK.

Cronograma: NO PROJETO CONSTAM OS MESES DE JULHO E DE AGOSTO. Nas informações básicas aparece como início o dia 31 de julho.

TCLE - PEDIDO DE DISPENSA: OK. ACEITO

Recomendações:

Refazer os riscos. O risco mencionado é, na verdade, um benefício.

Um risco plausível seria o inconveniente, no meio de trabalho, da figura do pesquisador, no sentido de causar algum desconforto à equipe de trabalho do local.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Ver recomendações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado, com recomendação, e em condições de ser executado.

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603

Bairro: Universitário **CEP:** 96.815-900

UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL

Telefone: (51)3717-7680

E-mail: cep@unisc.br



CEP
COMITÊ DE ÉTICA
EM PESQUISA
DA UNISC

**UNISC - UNIVERSIDADE DE
SANTA CRUZ DO SUL**



Continuação do Parecer: 2.773.923

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1163393.pdf	03/07/2018 13:39:39		Acelto
Outros	cartadainstitulcao.pdf	03/07/2018 13:38:33	Dalana Klein Weber Carissimi	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Justificativadeausenciatcle.pdf	03/07/2018 13:36:51	Dalana Klein Weber Carissimi	Acelto
Orçamento	orcamento.pdf	03/07/2018 13:36:30	Dalana Klein Weber Carissimi	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetedepesquisa.pdf	03/07/2018 13:36:11	Dalana Klein Weber Carissimi	Acelto
Outros	cartadeapresentacaoprojeto.pdf	03/07/2018 13:35:21	Dalana Klein Weber Carissimi	Acelto
Folha de Rosto	FolhaderostoCEP.pdf	02/07/2018 21:06:01	Dalana Klein Weber Carissimi	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA CRUZ DO SUL, 17 de Julho de 2018

**Assinado por:
Renato Nunes
(Coordenador)**

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603

Bairro: Universitário CEP: 96.815-900

UF: RS Município: SANTA CRUZ DO SUL

Telefone: (51)3717-7680

E-mail: cep@unisc.br